


3 1761 11701560 2









Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

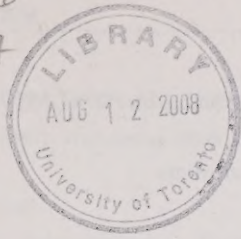
<https://archive.org/details/31761117015602>







CA1  
Y626  
-557



Second Session  
Thirty-ninth Parliament, 2007-2008

Deuxième session de la  
trente-neuvième législature, 2007-2008

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs  
Science and Technology*  
*Proceedings of the Subcommittee on*

*Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie*  
*Délibérations du Sous-comité sur la*

# Population Health

# Santé des populations

*Chair*  
The Honourable WILBERT J. KEON

*Président :*  
L'honorable WILBERT J. KEON

Wednesday, April 30, 2008  
Wednesday, May 7, 2008  
Wednesday May 14, 2008

Le mercredi 30 avril 2008  
Le mercredi 7 mai 2008  
Le mercredi 14 mai 2008

### Issue No. 5

### Fascicule n° 5

#### Fifteenth, sixteenth and seventeenth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions  
that contribute to the health of Canada's populations —  
known collectively as the social determinants of health

#### Quinzième, seizième et dix-septième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé  
de la population canadienne, appelés collectivement les  
déterminants sociaux de la santé

INCLUDING:  
THE FOURTH REPORT OF THE SUBCOMMITTEE  
(Population Health Policy:  
Issues & Options)  
(Tenth Report of the Standing Senate Committee  
on Social Affairs, Science and Technology)

Y COMPRIS :  
LE QUATRIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ  
(Politiques sur la santé de la population :  
Enjeux et options)  
Le dixième rapport du Comité sénatorial permanent  
des Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)



## THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, P.C.  
Trenholme Counsell

(Quorum 3)

*Changes in membership of the subcommittee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*May 7, 2008*)

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*May 8, 2008*)

## LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

*Président* : L'honorable Wilbert J. Keon

*Vice-présidente* : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, C.P.  
Trenholme Counsell

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du sous-comité :*

Conformément à l'article 85(4), du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 7 mai 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 8 mai 2008*)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2008  
(15)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:18 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (5).

*Other senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

## WITNESSES:

*Statistics Canada:*

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

*Institute of Population and Public Health:*

Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR.

*Human Resources and Social Development Canada:*

Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate.

*Indian and Northern Affairs Canada:*

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations.

Mr. Wolfson, Mr. Halliwell, Dr. Frank and Mr. Brooks each made a statement and, together, answered questions.

At 5:57 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

*La greffière suppléante du sous-comité*

Jessica Richardson

*Acting Clerk of the Subcommittee*

## PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 30 avril 2008  
(15)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 18, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (5).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présents :* Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

## TÉMOINS :

*Statistique Canada :*

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

*Institut de la santé publique et des populations :*

Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC.

*Ressources humaines et Développement social Canada :*

Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche en politiques stratégiques.

*Affaires indiennes et du Nord Canada :*

Marc Brooks, directeur général, Direction du développement communautaire, Politiques socioéconomiques et opérations régionales.

M. Wolfson, M. Halliwell, le Dr Frank et M. Brooks font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 17 h 57, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :



OTTAWA, Wednesday, May 7, 2008  
(16)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:05 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Pépin and Trenholme Counsell (7).

*Other senators present:* The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Munson (2).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*).

WITNESSES:

*National Collaborating Centre for Determinants of Health:*

Hope Beanlands, Scientific Director.

*National Collaborating Centre for Healthy Public Policy:*

François Benoit, Scientific Director.

*National Collaborating Centre for Environmental Health:*

Dr. Ray Copes, Scientific Director.

*National Collaborating Centre for Aboriginal Health:*

Margo Greenwood, Scientific Director.

Ms Beanlands, Mr. Benoit, Dr. Copes and Ms Greenwood each made a statement, and responded to questions.

At 6:10 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, May 14, 2008  
(17)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:15 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

OTTAWA, le mercredi 7 mai 2008  
(16)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Trenholme-Counsell (7).

*Autres sénateurs présents :* Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Munson (2).

*Également présents :* Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sous-comité poursuit son étude sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

*Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé :*

Hope Beanlands, directrice scientifique.

*Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé :*

François Benoit, directeur scientifique.

*Centre de collaboration nationale en santé environnementale :*

Dr Ray Copes, directeur scientifique.

*Centre de collaboration nationale de la santé autochtone :*

Margo Greenwood, directrice scientifique.

Mme Beanlands, M. Benoit, M. Copes et Mme Greenwood font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2008  
(17)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Pépin and Trenholme-Counsell (7).

Other senators present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

#### WITNESSES:

##### *Federation of Canadian Municipalities:*

Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting & Research.

##### *Canadian Council on Social Development:*

Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy.

##### *Atkinson Foundation:*

Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing.

##### *Provincial Health Services Authority, B.C.:*

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

Mr. Frojmovic, Ms Steenberg, Ms Slotek and Dr. Millar each made a statement and, together, answered questions.

At 6:05 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

#### ATTEST:

*La greffière du sous-comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Trenholme-Counsell (7).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présents :* Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

#### TÉMOINS :

##### *Fédération canadienne des municipalités :*

Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia.

##### *Conseil canadien de développement social :*

Pat Steenberg, coordonnatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques.

##### *Fondation Atkinson :*

Lynne Slotek, directrice nationale du projet, Index canadien du bien-être.

##### *Provincial Health Services Authority, B.C. :*

M. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.

M. Frojmovic, Mme Steenberg, Mme Slotek et le Dr Millar font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 5, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

#### ATTESTÉ :



**REPORT OF THE COMMITTEE**

Wednesday, April 2, 2008

The Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

**TENTH REPORT**

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, now tables its **FOURTH** interim report entitled *Population Health Policy: Issues & Options*.

Respectfully submitted,

*Le président,*

**WILBERT J. KEON**

*Chair*

*(Text of the report appears following the evidence)*

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le mercredi 2 avril 2008

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

**DIXIÈME RAPPORT**

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son quatrième rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et options*.

Respectueusement soumis,

*(Le texte du rapport paraît après les témoignages)*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:18 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** We are now duly constituted and have a quorum. Senator Fairbairn will have to leave us early tonight because she is going to the opening of the new heart institute, the Mazankowski Alberta Heart Institute in Edmonton. I am green with envy because I was also invited but I cannot go. It will be a wonderful event and she will represent us well.

We are delighted with the panel we have this afternoon. We have you here to address the questions on pages 11 to 13 in our *Population Health Policy: Issues and Options* report. If you would like a copy of that report, we can get you one.

From Statistics Canada, we have Mr. Michael Wolfson back again. From the Institute of Population and Public Health, we have Dr. John Frank. From Human Resources and Social Development Canada, we have Mr. Cliff Halliwell, and from Indian and Northern Affairs Canada, Mr. Marc Brooks.

We have a truly outstanding panel and we will exploit them to the full. The initial reason we have requested you to appear is to address the issues and options from page 11 to page 13. Once we discuss those, if you will all collectively forgive me, I will lead you into other, broader discussions, since the committee has this unique opportunity to have your expertise in front of us.

**Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development, Statistics Canada:** Thank you for this opportunity to help inform the very important work of your committee. There should be a complete copy of my text and overheads in your package.

[*Translation*]

At the invitation of the committee, and given the role of Statistics Canada, I will focus my remarks on the data and research portions of the first report. The committee has rightly noted that high-quality data and information are fundamental to appropriate and effective health policy.

As other witnesses have noted, Canada already has quite good and often excellent health data and information by international standards. However, by the standard of what is feasible, and what

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 18, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et les diverses situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Le comité est maintenant dûment constitué et nous avons le quorum. Le sénateur Fairbairn devra nous quitter plus tôt ce soir parce qu'elle assistera à l'inauguration du nouvel institut de cardiologie d'Edmonton, le Mazankowski Alberta Heart Institute. Je l'envie beaucoup, parce que j'y étais également invité, mais je ne peux pas y aller. Ce sera un grand événement, et elle nous représentera très bien.

Nous sommes ravis d'accueillir le groupe de témoins de cet après-midi. Nous vous avons convoqués pour discuter des questions posées aux pages 12 à 14 de notre rapport intitulé *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et options*. Si vous voulez une copie du rapport, nous pouvons vous en remettre une.

Nous accueillons de nouveau M. Michael Wolfson, de Statistique Canada. Nous entendrons aussi le Dr John Frank, de l'Institut de la santé publique et des populations. Nos autres témoins sont M. Cliff Halliwell, de Ressources humaines et Développement social Canada, ainsi que M. Marc Brooks, d'Affaires indiennes et du Nord Canada.

Nous avons un groupe de témoins vraiment remarquables et nous allons en profiter au maximum. La principale raison pour laquelle nous vous avons convoqués est de donner suite aux enjeux et aux options présentés aux pages 12 à 14. Lorsque nous en aurons discuté, si vous me le pardonnez tous, je vais vous entraîner dans d'autres discussions plus générales, puisque le comité a cette chance unique de profiter de votre expertise.

**Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada :** Je vous remercie de me donner l'occasion de contribuer au travail très important de votre comité. Vous devriez trouver une copie complète de mon texte et des diapositives dans votre dossier.

[*Français*]

Pour répondre à l'invitation du comité, étant donné le rôle de Statistique Canada, mes remarques porteront surtout sur les parties du premier rapport qui traitent des données et des recherches. Le comité a noté, à juste titre, que les données et les informations de qualité élevées sont essentielles à l'élaboration des politiques appropriées et efficaces en matière de santé.

Or, comme l'ont signalé certains témoins, le Canada dispose déjà d'assez bonnes et souvent d'excellentes données et d'informations sur la santé, selon les normes internationales.



we need as a country, my view is that we still have major gaps. So what I would like to do in the next four slides and two diagrams is briefly outline the most important of these gaps.

[English]

The first basic information need is the actual health status of Canada's population. We have made major progress in the last decade, in particular with the Canadian Community Health Survey. At the time we conceived this survey in 1999, we thought it was huge, on the same order as the survey that gives us the monthly unemployment rate. By the second cycle, we have had provinces purchasing additional sample and increasing demands from health regions for even more geographically detailed data.

As you heard last Friday, just under two weeks ago, one key aspect of effective population health strategies is intersectoriality. Much of the intersection of policy domains happens at the local level. While we have excellent national and provincial data, we lack strong data at the local level.

Moreover, we still largely have two data solitudes, what I call the clinical and the vernacular. We rarely collect data on the whole person. Instead we have fragmented data collections that in most cases focus on health status defined in biomedical terms and less often in terms of functioning and handicap. Ideally these would be brought together.

The second major gap is in the area of health outcomes, which Mel Cappe mentioned two weeks ago. I think clinicians will agree that much of what is done in our health care system is not routinely evaluated even at the most basic level of whether or not the intervention actually improved the patient's health. There seems to be considerable confusion about the term "health outcome," but it is really very simple: we assess an individual's health status both before and then some time after the intervention. If health status has improved, then we have a good outcome. The bad news is that when these kinds of data are collected, we sometimes find non-trivial examples where health outcomes defined in this way are nil or even, unfortunately, negative.

Beyond regularly describing the health of Canadians and routinely assessing health outcome, another major gap in information is cohort data, longitudinal data that follow individuals over time to track how their health status is changing, and what factors — both upstream risk factors and health care treatments — seem most strongly associated. I recall a conversation about umbrellas and rain from David Butler-Jones

Toutefois, selon ce qui est possible et ce dont nous avons besoin en tant que pays, il nous reste, à mon avis, d'importantes lacunes à combler. Dans les quatre diapositives et deux diagrammes qui suivent, je présente brièvement les plus importantes de ces lacunes.

[Traduction]

Le premier besoin en information de base porte sur l'état de santé réel de la population canadienne. Nous avons accompli de grands progrès au cours des dix dernières années, particulièrement en ce qui concerne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Lors de sa conception en 1999, cette enquête était, à notre avis, de très vaste portée, comparable à celle de l'enquête qui nous donne le taux de chômage mensuel. Au deuxième cycle, toutefois, les provinces acquéraient des unités d'échantillonnage additionnelles et la demande des régions sociales sanitaires de données à un niveau géographique encore plus détaillé augmentait.

Comme vous l'avez entendu vendredi dernier, il y a moins de deux semaines, l'intersectorialité est l'un des aspects clés de stratégies efficaces en matière de santé de la population. Les secteurs d'intervention se croisent dans une large mesure au niveau local. Or, si nous disposons d'excellentes données nationales et provinciales, nous n'avons pas de données solides au niveau local.

En outre, en ce qui concerne les données, la situation reste dans une large mesure celle de deux solitudes : des données présentées en langage clinique et des données présentées en langage courant. Nous recueillons rarement des données sur l'ensemble de la personne. Nous procédons plutôt à des collectes de données fragmentées qui, dans la plupart des cas, portent sur l'état de santé défini en termes biomédicaux et moins souvent en termes de fonctionnement et de handicap. Idéalement, ces données seraient regroupées.

La deuxième lacune importante concerne les résultats en matière de santé, dont Mel Cappe a parlé il y a deux semaines. Les cliniciens conviendront, je pense, qu'une grande partie de ce qui se fait dans notre système de soins de santé n'est pas évalué systématiquement, même au niveau de base qui consiste à déterminer si l'intervention a ou n'a pas amélioré l'état de santé du patient. L'expression « résultats en matière de santé » semble prêter à confusion, mais en réalité elle est très simple : nous évaluons l'état de santé d'une personne avant et, parfois, après une intervention. Si l'état de santé s'est amélioré, alors nous avons un bon résultat. Malheureusement, lorsque ces types de données sont recueillis, nous trouvons des exemples non négligeables où les résultats en matière de santé définis de cette façon sont nuls ou même négatifs.

Outre ce qui concerne la description périodique de l'état de santé des Canadiens et l'évaluation systématique des résultats en matière de santé, une autre lacune importante s'observe en matière d'information. Il s'agit des données de cohorte, soit des données longitudinales qui permettent de faire le suivi de l'évolution de l'état de santé des personnes et de déterminer quels facteurs — facteurs de risque en amont ainsi que traitements

last time, and causality and association. We need these kinds of data to disentangle and to help support that kind of determination.

This kind of information is fundamental to understanding the most important determinants of health and which interventions are actually having beneficial effects. I would note that there are cohort studies and cohort studies, some for population health and some more oriented towards genetics.

The committee has also asked about health goals, on page 15. Let me offer two thoughts. First, a set of national health goals, provided they are not simply generalities but actually have some substance, would play a major and highly beneficial role in focusing health information development. A notable example is the decadal "Healthy People" exercise in the U.S., though it has its pluses and minuses.

Second, it would be extremely beneficial if one of these health goals was an overarching summary measure of the population's health — in essence, the overall bottom line for assessing health system performance in a way that encompasses the full breadth of the health determinants, an analogue of the role profit plays for individual firms and GDP plays for the economy. Such a measure exists and has been growing in acceptance internationally. It is called health-adjusted life expectancy, HALE, or something similar.

There is a graph on page 5, which I showed this committee last year, illustrating the idea of HALE. Paraphrasing the Quebec Rochon commission of quite a few years ago, HALE is concerned not only with adding years to life, which is ubiquitously measured using life expectancy, but also with adding life to years. HALE combines length of life with the healthiness of those years of life. Given the interest of this committee in disparities, you will note that the graph on the right shows HALE broken down by income thirds, and the little brackets show that the difference between the top and bottom thirds is on the same order as that attributable to heart disease and lung cancer combined. It is not small.

The next graph, which could be called a butterfly graph, shows further that HALE in some cases gives a profoundly different impression of where the real burdens of ill health lie. For example, the bars at the top left show the effects of eliminating ischemic heart disease only on mortality: it would add 2.4 years to the life expectancy of men and 1.8 years to that of women. The bars on the right show the effects of eliminating a disease on both mortality and health status, in other words on HALE. The results are similar in the case of eliminating ischemic heart disease: HALE would increase by a bit less: 2.2 years for men and 1.5 years for women.

de soins de santé — y sont associés le plus étroitement. Je me rappelle de ce que David Butler-Jones disait la dernière fois au sujet des parapluies et de la pluie, de la causalité et de l'association. Nous avons besoin des données de cette nature pour faire la part des choses et déterminer plus facilement ces facteurs.

Ce type d'information est essentiel pour comprendre les principaux déterminants de la santé et déterminer quelles interventions ont des effets bénéfiques. Je ferais remarquer que les études de cohorte ne sont pas toutes les mêmes : certaines portent sur la santé de la population, et d'autres sont davantage axées sur la génétique.

Le comité a également soulevé la question des buts en matière de santé, à la page 16. J'aimerais faire deux observations à ce sujet. Premièrement, un ensemble d'objectifs nationaux, à la condition qu'ils soient concrets et non de simples généralités, joueraient un rôle très important et utile pour ce qui est d'orienter l'élaboration d'information sur la santé. L'exercice décennal « Healthy People » aux États-Unis en est un exemple notable, malgré ses points forts et ses lacunes.

Deuxièmement, il serait extrêmement utile si l'un de ces objectifs en matière de santé était une mesure agrégée générale de la santé de la population — essentiellement, le « résultat net » servant à évaluer le rendement du système de santé en tenant compte de l'ensemble intégral des déterminants de la santé, qui joue un rôle analogue à celui des bénéfices dans le cas des entreprises et du PIB dans le cas de l'économie. Une telle mesure existe et devient de plus en plus répandue à l'échelle internationale : il s'agit de l'espérance de vie ajustée sur la santé, l'EVAS, ou tout autre nom semblable.

Vous trouverez à la page 5 un graphique que j'ai montré au comité l'an dernier illustrant l'EVAS. Pour paraphraser le rapport de la Commission Rochon au Québec d'il y a quelques années, l'EVAS vise non seulement à ajouter des années de vie, ce qui est mesuré de façon générale par l'espérance de vie, mais à ajouter de la vie aux années. L'EVAS combine la durée de vie et la santé durant ces années de vie. Étant donné que le comité s'intéresse aux disparités, vous remarquerez que le graphique à droite montre l'EVAS ventilé par tiers de revenu. Les petites parenthèses montrent que l'écart entre le tiers supérieur et le tiers inférieur est du même ordre que celui attribuable aux maladies du cœur et au cancer du poumon combinés. Ce n'est pas négligeable.

Le graphique suivant montre en outre que l'EVAS donne dans certains cas une impression très différente de ce à quoi tiennent les véritables fardeaux de la maladie. Par exemple, les barres en haut du graphique à gauche montrent les effets de l'élimination des décès dus à la cardiopathie ischémique : cela ajouterait 2,4 ans à l'espérance de vie des hommes et 1,8 an à celle des femmes. Les barres à droite montrent les effets de l'élimination d'une maladie sur la mortalité ainsi que sur l'état de santé, c'est-à-dire sur l'EVAS. Les résultats sont les mêmes dans le cas de l'élimination de la cardiopathie ischémique; l'EVAS augmenterait de juste un peu moins, soit 2,2 ans pour les hommes et 1,5 an pour les femmes.



Generally, cause-deleted life expectancy and cause-deleted HALE look similar, with heart disease at the top and cancers following in importance. However, let me draw your attention to the second last row, where osteoarthritis has essentially zero impact on life expectancy on the left side of the graph, but has moved to number one in terms of HALE for women at 2.4 years, well ahead of heart disease, lung cancer and breast cancer. Also, mental disorders have almost tripled, from a reduction of 0.4 years in terms of life expectancy to a decline of 1.1 years when measured using HALE.

This chart and the previous one illustrate that HALE, as a kind of GDP for health, could provide not only an overarching goal but also a concept that can be broken down in a number of illuminating ways, including equity.

It is one thing to have information on the past; it is another to have projections and simulations of what would happen if one or another policy were adopted. Simulation models have been a fundamental part of economic, tax and social policy information systems since the 1960s. No self-respecting finance minister brings down a budget without having run the numbers through a simulation model. I know; I used to do that.

However, I am sorry to say that this kind of quantitative analysis remains sorely lacking in the health sector. While a profound synergy has evolved between data systems and simulation models in these other areas — for example, with the national accounts — it is just barely beginning in population health, led by researchers, not governments.

One of the key but still unrealized synergies, both for simulation analysis and more broadly, is to ensure that health care and clinical data systems, as they evolve, are embedded in and have a full population health perspective. Billion dollar investments — for example the Canada Health Infoway — are underway in electronic health record systems, but very little thought is being given to their tremendous potential for population health.

I do not want to overstate it. There are the beginnings of thinking, and I think Ms. Glenda Yeates emphasized that point before this committee two weeks ago.

In this connection, let me highlight the longitudinal health and administrative data, LAHD, initiative, which Statistics Canada is undertaking in partnership with the provinces both to bridge the clinical and vernacular solitudes, which I mentioned earlier, to create more powerful longitudinal cohort data, and more generally to begin building out from the routinely collected administrative data to embed these data in an explicit population

Généralement, lorsque la cause du décès est supprimée, l'espérance de vie et l'EVAS ont des profils similaires, la maladie cardiaque se situant au premier rang et les cancers suivant en importance. Toutefois, j'aimerais attirer votre attention sur l'avant-dernière ligne, où l'ostéoartrite a essentiellement un impact nul sur l'espérance de vie à gauche, mais l'impact le plus important sur l'EVAS des femmes, soit de 2,4 ans, impact beaucoup plus important que celui de la maladie cardiaque, du cancer du poumon et du cancer du sein. De plus, l'impact des troubles mentaux a presque triplé, passant d'une réduction de 0,4 an de l'espérance de vie à une diminution de 1,1 an de l'EVAS.

Ce graphique et le graphique précédent montrent que l'EVAS, qui serait le PIB de la santé, non seulement pourrait être utile pour définir un but général, mais il s'agit aussi d'un concept qui peut être décomposé de manière à offrir divers éclairages, y compris sur l'équité.

Disposer d'information sur le passé est une chose. C'en est une autre que de disposer de projections et de simulations de ce qui se passerait si une politique donnée était adoptée. Les modèles de simulation sont un élément fondamental des systèmes d'information aux fins de l'élaboration de politiques économiques, fiscales et sociales depuis les années 1960. Aucun ministre des Finances qui se respecte ne présentera un budget sans avoir soumis ses chiffres à un modèle de simulation. Je le sais; c'est ce que je faisais autrefois.

Toutefois, je suis désolé d'indiquer que ce type d'analyse quantitative fait défaut dans le secteur de la santé. Alors qu'une grande synergie opère entre les systèmes de données et les modèles de simulation dans ces autres domaines — par exemple, pour ce qui est des comptes nationaux — elle commence à peine à s'établir dans le domaine de la santé de la population, et ce, sous la direction des chercheurs, et non des administrations publiques.

L'une des synergies clés qui reste encore à réaliser, tant pour les analyses de simulation que de façon plus générale, consiste à garantir que les systèmes de soins de santé et de collecte de données cliniques, à mesure qu'ils évoluent, sont ancrés dans une perspective intégrale de santé de la population. Les investissements dans les systèmes de dossiers de santé électroniques — par exemple, l'Inforoute Santé du Canada — représentent actuellement des milliards de dollars. Cependant, on pense très peu à leur énorme potentiel pour la santé de la population.

Je ne veux pas insister sur ce point. L'idée commence à germer, et je crois que Mme Glenda Yeates a attiré l'attention du comité sur cette question il y a deux semaines.

À cet égard, j'aimerais souligner l'initiative des données longitudinales administratives et sur la santé de la population, DLAS, que Statistique Canada a entreprise en partenariat avec les provinces pour rapprocher les deux solitudes que j'ai mentionnées plus tôt — le langage clinique et le langage courant — afin de créer des données de cohortes longitudinales plus puissantes et, de façon plus générale, afin de prendre appui sur les données

health framework. We are doing this by linking, where our survey respondents have agreed, our hundreds of thousands of survey results with their provincial health care records.

To conclude, instead of more information gaps I will highlight three major opportunities.

First, the electronic health record, or EHR, offers tremendous potential for population-level data. However, to realize this opportunity fully, there are two basic needs: to strike an appropriate balance with regard to the protection of privacy and confidentiality and to broaden beyond the biomedical clinical framework. On the privacy point, I worry that the pendulum is too far over on the side of restricting access to these data from bona fide and indeed highly beneficial uses.

Second, as in the LHAD initiative I just mentioned, Statistics Canada, with its constitutional and legislative foundation, offers the potential to form the hub for privacy-sensitive but much more aggressive development and utilization of emerging population health information.

Finally, I have a comment about the way we fund population health research. In a phrase, I find it too "lone ranger." We have not created the funding institutions that treat this area as big science, the way we do high energy physics with its cyclotrons or genomics with its very large investments in sequencing and bioinformatics. Just as there is a hot new field of systems biology, I think there would be tremendous benefits to a systems approach to population health research.

With that, I have touched lightly on a variety of points. I will be happy to answer questions. Thank you.

**Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate, Human Resources and Social Development Canada:** At the outset, I want to say that I am speaking here today as a policy research executive in a department that does not often deal directly with population health per se. With that being said, I am a policy research director in a department that faces issues that are not dissimilar from those that arise when looking at the field of population health. While the objects of the policy tool kit — the outcomes we wish to influence — are different, many policy tools in the tool kit are similar and, in particular, many of the feasible research and data tools are similar in character.

Just as investing in human capital, achieving better health outcomes means changing something that someone is doing through some policy instrument. Knowing how to do that requires more than just measurement and more than just

administratives recueillies systématiquement pour intégrer ces données dans un cadre explicite de santé de la population. À cet effet, nous procédons, dans les cas où les répondants à nos enquêtes le permettent, au couplage de centaines de milliers de résultats d'enquêtes à leurs dossiers médicaux provinciaux.

En guise de conclusion, j'aimerais signaler non pas d'autres lacunes en matière d'information, mais trois possibilités importantes.

En premier lieu, le dossier de santé électronique offre un potentiel énorme pour ce qui est de la collecte de données au niveau de la population. Toutefois, pour tirer pleinement parti de cette possibilité, nous avons besoin de trouver un juste équilibre entre la confidentialité et la protection des renseignements personnels, et d'élargir la collecte de données au-delà du stricte cadre biomédical ou clinique. En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, je crois que nous ne péchons par excès de zèle en restreignant l'accès à ces données alors qu'il s'agit de les utiliser à des fins légitimes et très bénéfiques.

En deuxième lieu, comme dans le cas de l'initiative DLAS que je viens de mentionner, Statistique Canada, étant donné ses assises constitutionnelles et législatives, pourrait être un centre d'élaboration et d'utilisation beaucoup plus dynamique de la nouvelle information sur la santé de la population, tout en étant respectueux de la confidentialité des renseignements personnels.

Enfin, un commentaire sur la façon dont nous finançons la recherche sur la santé de la population. Je trouve que nous faisons trop « cavalier seul ». Nous n'avons pas créé les institutions de financement qui traitent ce domaine comme étant de la mégascience, à l'instar de la physique des hautes énergies, avec ses cyclotrons, ou de la génomique, avec des investissements massifs en séquençage et en bioinformatique. Tout comme dans le cas du nouveau domaine de la biologie des appareils anatomiques, d'énormes avantages découleraient, à mon avis, de la recherche sur la santé de la population.

Cela étant dit, j'ai touché brièvement à divers aspects. Je serai ravi de répondre à vos questions. Je vous remercie.

**Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques, Ressources humaines et Développement social Canada :** Pour commencer, j'aimerais préciser que je suis ici en ma qualité de directeur de recherche en politiques dans un ministère qui ne s'occupe pas souvent de la santé de la population directement. Cela étant dit, je suis directeur de recherche en politiques dans un ministère qui s'occupe d'enjeux qui ne sont pas bien différents de ceux que présente la santé de la population. Bien que l'objet des outils stratégiques — les résultats que nous souhaitons influencer — soit différent, bon nombre d'outils stratégiques dont nous disposons sont semblables et, en particulier, bon nombre d'outils pratiques en matière de recherche et de données sont de nature semblable.

Comme c'est le cas avec l'investissement dans le capital humain, la production de meilleurs résultats en matière de santé exige la modification du travail d'une personne à l'aide d'un instrument d'intervention. Savoir comment y parvenir requiert



research on the determinants of outcomes. It requires information on the effectiveness of interventions — what works.

I want to start with the first topic for discussion from the subcommittee's issues and options report: whether to expand and enrich the population health database in Canada. I have several short points here.

First, we have had a recent surge in available Canadian data ensuing from the three rounds of the Health Information Roadmap. We are vastly better off than we used to be. Second, Canada's health data is under-researched as it is. More data without more research would likely exacerbate this outcome.

Third, when looking at population health data, more and more cross-sectional data — the data that captures a different sample of the population every year or so — will only enable us to learn more and more about the largely contemporary correlates of health outcomes. It will not enable us to look at what caused those outcomes sometimes in the immediate past and sometimes in the long ago past. For that, as Mr. Wolfson has already mentioned, we need the longitudinal data that follows individuals over their life course. That enables us to see what caused the good or bad outcomes.

Fourth, reinforcing Mr. Wolfson's message, such longitudinal data would ideally be a mix of survey data and the administrative data captured within our health care system. This would be and is an enormous challenge both because of the complexity of administrative data, often not designed with this purpose in mind, and the privacy provisions that govern such data.

Finally, I would like to flag that we are facing a window right now that is currently open that could enrich our health data. That is, as Mr. Wolfson mentioned, the work going on at Canada Health Infoway to try to create a pan-Canadian electronic health record. If the potential use of that kind of information for research was left as a side issue, it would be an opportunity lost. I commend that to the subcommittee, although it sounds like you have been exploring that as well. It is an important window of opportunity.

Now I want to turn to the second issue of investing in more population health research and enhancing the translation of knowledge. Here I want to stress that there are two things we can do, one of which I think would be a mistake. The mistake would be to invest mostly in learning about the general determinants of health outcomes. That is the easy road, but we already know a lot

plus que de simples mesures et recherches sur les déterminants des résultats. Il faut disposer de renseignements sur les éléments efficaces des interventions.

Je souhaite toutefois commencer<sup>†</sup> par examiner la première option du rapport du sous-comité sur les enjeux et les options visant à déterminer s'il faut élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population au Canada. J'ai plusieurs points à soulever à ce sujet.

Premièrement, les trois étapes de l'initiative du Carnet de route de l'information sur la santé ont récemment favorisé la production d'une quantité de données importantes sur la population canadienne. Nous sommes en bien meilleure position qu'autrefois. Deuxièmement, la recherche actuelle concernant les données sur la santé au Canada est insuffisante. À quoi bon produire plus de données si elles ne font l'objet d'aucune recherche; assurément, cela ne fera qu'aggraver le résultat.

Troisièmement, l'examen des données sur la santé de la population révèle que la quantité croissante de données transversales, c'est-à-dire des données qui concernent un échantillon différent de la population chaque année, n'aidera les intervenants qu'à en savoir davantage sur les grandes corrélations contemporaines des résultats en matière de santé. Elles ne permettront pas d'analyser les causes de ces résultats dans le passé parfois récent et parfois lointain. Il faut donc, comme M. Wilson l'a déjà mentionné, recueillir des données longitudinales, des données amassées tout au long de la vie des gens, pour mettre en évidence les antécédents des résultats satisfaisants ou insatisfaisants.

Quatrièmement, pour appuyer le message de M. Wolfson, je dirais que de telles données longitudinales seront idéalement composées de données d'enquête et administratives recueillies à l'intérieur du système de soins de santé. Cela représente un énorme défi en raison de la complexité des données administratives, qui bien souvent ne sont pas conçues à cette fin, et des dispositions relatives à la confidentialité qui protège ces données.

Finalement, je désire signaler que la période actuelle est favorable à un enrichissement important des données sur la santé. Je parle, comme M. Wolfson l'a mentionné, du travail en cours sur l'Inforoute Santé du Canada, qui vise à créer un dossier de santé électronique pancanadien. Si on néglige d'utiliser éventuellement ce type d'information pour la recherche, on aura perdu une excellente occasion. Je fais cette recommandation au sous-comité, bien que vous sembliez avoir exploré cet enjeu également. Cette initiative ouvre la porte à d'importantes possibilités.

J'aimerais maintenant poursuivre avec l'examen du deuxième enjeu : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Je tiens à mettre en évidence les deux options possibles et à indiquer laquelle constituerait une erreur, selon moi. En effet, il serait insensé d'investir principalement dans la connaissance des déterminants

about this. What we need to do is fill the enormous gap in our knowledge of what public policy interventions work.

This starts to sound like program evaluation, which it largely is, but it is unbiased program evaluation adhering to high standards of quality. It is also done to consistent standards of methodology so that one can have confidence in relative benefit-cost ratios of different interventions. In Canada we have underinvested by a substantial margin in unbiased, high quality, peer-reviewed, dispassionate effectiveness evaluation, especially in the population health field.

In particular, we know little about how to compare the benefits and costs of one intervention over another. Health advocates are often reluctant to admit that thinking about cost-benefit analysis is appropriate in the health field, because better health is often thought to be an outcome beyond price. However, asking whether existing resources would have a better health return when used in other ways is a legitimate question. Without this knowledge of what works, a good understanding of the general determinants of health outcomes will be intellectually interesting but not that applicable at the “coal face” of public policy decision making.

In that vein, what strikes me is the contrast between biomedical and population health research. In biomedical research, as everyone here knows, the norm for research is to have randomly selected intervention and control groups, administer the intervention to the former only and then test what difference it makes by comparing the outcomes for the two groups. This tends to lead to robust results, especially when done with large enough samples. It is also easy to explain to decision makers because it is effectively a variant on the “Pepsi Challenge.”

It also enables identification of dose-response relationships, which is how much the outcome depends on the dose of the intervention. We do not typically look at that in the public policy context, but one cannot imagine not having that kind of information in the context of deciding how many antibiotics a patient should take.

In the U.S., there is a long history of applying such methodologies to labour market, education, skills, social policy interventions and even health promotion. These are often referred to as social experiments. In many respects, in social sciences research they are the new norm or standard for research worldwide, what an iPod is to a ghetto blaster.

In Canada, my department pioneered the use of such experiments in our policy domains in the 1990s, but only to a limited degree. I have often wondered why Canada does not have a greater hunger to try such experiments in public policy. I have

généraux des résultats en matière de recherche. Il s'agit là de l'option la plus facile, et beaucoup de ces déterminants sont déjà connus. Il faut plutôt combler l'énorme écart des savoirs sur les interventions efficaces de la politique publique.

Cela peut commencer à ressembler à une évaluation de programme, et c'est effectivement le cas en grande partie. Toutefois, il s'agit d'une évaluation de programme impartiale qui respecte des normes rigoureuses de qualité. Elle se plie également à des normes méthodologiques cohérentes, ce qui permet de faire confiance dans une certaine mesure aux coefficients coûts-avantages relatifs de différentes interventions. Le Canada n'a pas investi suffisamment dans une telle évaluation efficace et impartiale, soumise à des normes de qualité et revue par des pairs, surtout dans le domaine de la santé de la population.

On ignore particulièrement comment comparer les coûts et les avantages d'une intervention avec les coûts et les avantages d'une autre. Les défenseurs de la santé reconnaissent difficilement que l'analyse des coûts et des avantages est pertinente dans le domaine de la santé, car ils soutiennent que l'amélioration de la santé constitue un résultat qui n'a pas de prix. Toutefois, il est légitime de se demander s'il n'est pas possible de mieux utiliser les ressources existantes afin de produire des résultats plus intéressants sur le plan de la santé. Sans connaissance sur les instruments efficaces d'intervention, une bonne compréhension des seuls déterminants généraux des résultats en matière de santé s'avère intéressante d'un point de vue intellectuel, mais demeure inapplicable au fond de la politique publique.

À ce sujet, j'ai toujours considéré qu'il existait une différence entre la recherche biomédicale et la recherche sur la santé de la population. En recherche biomédicale, comme chacun le sait, la norme consiste à sélectionner un groupe d'intervention et un groupe de contrôle au hasard, à procéder à l'intervention sur le premier groupe et à observer les différences en comparant les résultats des deux groupes. Le processus permet d'obtenir des résultats très fiables, surtout lorsque l'échantillon compte un grand nombre de participants. Les résultats sont aussi faciles à expliquer, parce qu'il s'agit d'une variante du « Défi Pepsi ».

Cela permet également de déterminer les relations dose-effet, c'est-à-dire de savoir dans quelle mesure le résultat dépend de l'ampleur de l'intervention. C'est un aspect que nous ne considérons généralement pas dans le contexte des politiques publiques, mais on ne peut pas s'imaginer devoir se passer de ce genre de renseignements lorsqu'il s'agit de décider de la quantité d'antibiotiques à prescrire à un patient.

Aux États-Unis, on applique depuis longtemps ces méthodes aux interventions relatives au marché du travail, à l'éducation, aux compétences, à la politique sociale et même à la promotion de la santé. Ces interventions sont d'ailleurs souvent qualifiées d'expériences sociales. À bien des égards, il s'agit de l'avant-garde en matière de recherche à l'échelle mondiale, un iPod dans un domaine où règnent encore les radiocassettes.

Au Canada, mon ministère a été l'un des premiers à tenir de telles expériences, quoique dans une moindre mesure, dans ses secteurs d'intervention au cours des années 1990. Je me suis toujours demandé pourquoi le Canada ne désirait pas plus



been especially mystified by why we have not seen the population health field and the upstream intervention field as one that lends itself to applying these techniques.

Instead, even when we do thorough quantitative program evaluations of our interventions, we struggle to identify what the appropriate control group is, the group that did not get the intervention, a group we are not directly observing. We try to do that econometrically, with results that, when done through different approaches, prove to be highly sensitive to the chosen approach and subsequently very fragile. Of course, the results do not address this question of dose-response. For sure, trying to explain the econometrics to decision makers is a challenge of enormous scale.

These experimental approaches are not found only in medicine; they are increasingly found in the business world. I recently read the book *Super Crunchers* by Ian Ayres in the U.S.; it which deals with how the business sector is using more of this kind of data and randomly shocking their customers into seeing how they respond to different interventions. Their purpose is somewhat different from ours, but the power of the technology is there.

Finally, on the translation of knowledge, I know that researchers often complain about the uptake into decision making, but that will be inevitable if largely they can talk about determinants but cannot talk about what interventions will work. I would flag that decision makers themselves do need their own research capacity to help to be able to talk to the researchers, in a sense to serve as their Rosetta Stone and translate research into a known official language, either English or French.

I would also flag that we must treat the knowledge as a stock. Quite often in the research community we have created a conception that we need to firehose our research at decision makers as we discover it. In reality, we need to treat it as a stock and have it there readily accessible, in the sense that you have a repository in the Cochrane Collaboration, as an example.

Finally, subcommittee staff wanted HRSDC to comment on its website on the indicators of well-being in Canada. Right now that would not directly advance population health research within policy research and policy development elites. They already know everything that you would find there, all of which is findable elsewhere with little additional effort and is an ongoing part of health system reporting elsewhere.

However, this kind of site can indirectly advance the policy agenda by means of making interest groups, the media and the general public more factually informed and more outcomes-

ardement réaliser des expériences semblables dans le domaine de la politique publique. Je me suis surtout demandé pourquoi nous ne le faisons pas davantage dans les domaines de la santé de la population et des interventions en amont, lesquels se prêtent si bien à de telles approches.

Même lorsque les évaluations de programme relatives aux interventions sont effectuées de manière rigoureuse et quantitative, il nous est difficile de cibler le groupe de contrôle le plus approprié. On a généralement recours à des techniques économétriques pour tenter de déterminer quels auraient été les résultats obtenus pour le groupe n'ayant pas participé à l'intervention et n'ayant pas fait l'objet d'observations directes. Les résultats sont souvent fragiles, car une légère modification des méthodes employées peut bien sûr les faire varier considérablement. De plus, les résultats ne s'attardent pas aux relations dose-effet. En outre, il va de soi que l'économétrie est complexe et difficile à expliquer aux décideurs.

Ces approches expérimentales ne se limitent pas à la médecine; on les retrouve de plus en plus dans le monde des affaires. J'ai lu récemment *Super Crunchers*, un livre de l'Américain Ian Ayres; on y apprend comment le milieu des affaires utilise de plus en plus des données semblables et déstabilise aléatoirement ses clients pour voir comment ils réagissent aux différentes interventions. Leur but se distingue un peu du nôtre, mais l'exercice témoigne bien du pouvoir de la technologie.

Au sujet de l'application des connaissances, je sais que les chercheurs se plaignent souvent d'un manque d'impact sur le processus décisionnel, mais c'est une situation inévitable si la recherche se concentre principalement sur les déterminants, sans pouvoir indiquer quelles interventions seront efficaces. J'insisterais également sur le fait que les organismes décisionnels doivent disposer de leur propre capacité de recherche, de manière à faciliter les liens avec les chercheurs, car cette capacité peut servir en quelque sorte de « pierre de Rosette » et faciliter la traduction de la recherche dans une langue officielle connue, que ce soit le français ou l'anglais.

Je veux ajouter que le savoir doit être considéré comme un bien. Trop souvent, on a l'impression qu'on doit transmettre en vrac aux décideurs tous les résultats obtenus au fur et à mesure que des recherches sont effectuées. Il faudrait plutôt mettre l'accent sur le développement de ce bien et la façon de le rendre accessible. À cet égard, les référentiels de connaissances comme la Cochrane Collaboration sont un modèle à suivre.

En dernier lieu, le personnel du sous-comité a demandé à RHDSC de commenter le site web des indicateurs du mieux-être au Canada. Dans l'état actuel des choses, cet outil n'est pas apte à favoriser la progression directe de la recherche sur la santé de la population au sein de l'élite de la recherche et de l'élaboration des politiques. Cette élite connaît déjà tous les renseignements qui s'y trouvent, lesquels sont d'ailleurs faciles à dénicher à d'autres endroits ainsi que dans les rapports continus sur le système de santé.

Le site peut toutefois faire progresser indirectement le programme d'élaboration de politiques en présentant des faits aux groupes d'intérêts, aux médias et au grand public et en

oriented. This in turn helps raise the standard of debate. It also helps generate support for the data, as data and research are like potato chips, where once you have opened the bag it is hard to just eat one.

**Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR, Institute of Population and Public Health:** It is delightful to be here again. I will try to comment succinctly on at least three areas in which I think better data capture would be both doable in the span of the next half decade or so and something that the subcommittee could specifically advocate.

I found everything that you wrote totally compelling and I do not disagree with anything in your draft. I certainly think you could even call the two possible options, as you so quaintly put it, essential actions, because that is what they are: to expand and enrich the database for population health in Canada and to invest in more appropriate research in knowledge transmission. Those will come up again.

My slides start by reiterating three basic public health principles, the first thing I teach to 120 incoming master's and doctoral students in public health every September at the University of Toronto. First, seek the root causes of why people get unwell. You have heard that we need to bring longitudinal data to bear on that, particularly throughout the stages and phases of human life.

Second, think of whole populations. A great deal of conversation goes on in Canada about the people who come to the clinic door. Many of the problems lie with the people who do not come to the clinic door. About one in two type 2 diabetics over age 70 are known to the system. One in two are not known.

Third, understand and apply the principles of social change over the life course. If you take the example of smoking, you know full well that it is social change that has made the difference. The issue is how to engineer that, how to make that happen for other issues, other kinds of determinants.

The first example is children and their level of function, their level of well-being and health, as opposed to how frequently they die and how frequently they are admitted.

The next slide is entitled "What Data We Collect — and Don't." The truth is that we are fantastic at the same things you can learn in a cemetery. We know when you came into the world and when you left it. We are not too bad at why you left it. We are fantastic at the two, three or four times you are hospitalized in a lifetime now, on average. Many admissions occur in a very small group, but for most of us we are hospitalized about that many

mettant l'accent sur les résultats. Cela contribue, à son tour, à hausser d'un cran le débat sur les politiques. Le site web peut aussi engendrer un appui favorable aux données et à la recherche, car celles-ci ressemblent beaucoup à des croustilles; il est difficile de ne pas en profiter une fois que le sac est ouvert.

**Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC, Institut de la santé publique et des populations :** Je suis heureux d'être de nouveau des vôtres. Je vais essayer de vous parler brièvement d'au moins trois secteurs dans lesquels il serait possible, selon moi, d'améliorer la cueillette de données au cours des cinq prochaines années, un objectif que votre sous-comité devrait s'employer à mettre de l'avant.

J'ai trouvé votre mémoire très probant et je suis d'accord avec tout ce que vous y écrivez. J'irais même jusqu'à qualifier d'actions essentielles, ce que vous appelez les deux options possibles, parce que c'est exactement ce qu'elles sont : il faut élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population au Canada et investir dans une recherche mieux adaptée aux fins de la transmission des connaissances. Nous reviendrons certes sur ces questions.

Mes diapositives débutent par un rappel des trois principes fondamentaux de la santé publique, la première chose que j'enseigne aux 120 nouveaux étudiants à la maîtrise et au doctorat que j'accueille à chaque mois de septembre à l'Université de Toronto. Il faut d'abord rechercher les causes profondes de la maladie et de l'invalidité. On vous a déjà indiqué qu'il nous faut des données longitudinales pour ce faire, notamment pour toutes les étapes de la vie humaine.

En deuxième lieu, on doit tenir compte et s'occuper des populations au complet. Au Canada, on parle beaucoup des gens qui se présentent aux cliniques médicales. Une grande partie des problèmes sont toutefois liés aux personnes qui ne fréquentent pas ces cliniques. Parmi les diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans, environ la moitié ne sont pas connus du système.

Troisièmement, il faut comprendre et appliquer les principes du changement social au cours de toute une vie. Si vous prenez l'exemple du tabagisme, vous savez pertinemment que c'est un changement social qui a fait la différence. Il s'agit de savoir comment on peut orchestrer un tel changement de manière à obtenir les mêmes résultats pour d'autres problèmes, d'autres types de déterminants.

Le premier exemple est celui des enfants. Il s'agit de savoir dans quelle mesure ils se portent bien et sont en santé, en comparant avec leur taux de mortalité ou la fréquence de leur admission en établissement.

La diapositive suivante est intitulée « Les données que nous recueillons, et que nous ne recueillons pas ». Il faut reconnaître que nous n'avons aucun problème pour ce qui est des renseignements qu'une personne pourrait obtenir en se rendant au cimetière. Nous connaissons le moment de votre naissance et celui de votre décès. Nous ne faisons pas si mal pour ce qui est des causes de votre mort. Nous arrivons très bien à répertorier vos



times until we are elderly. It is just all the rest, that vast mass of daily existence, that we do not know much about. That is a problem.

We still do not have any national system of collecting function of children. I know Dr. Hillel Goelman came from Clyde Hertzman's Human Early Learning Partnership. I do not know whether he presented to you their approach in B.C., which is to have every kindergartener assessed every year by a simple instrument the kindergarten teacher fills out. It takes about a day of the teacher's time. They got it through the collective bargaining, which was amazing, in 59 school districts, including all First Nations communities. The beauty of it is that it is so smart because it is done before the school gets the kids. Consequently, the schools love it because they will not be held to blame for the results. Everyone loves it. It is not used to manage individual kids. That is an important point. It is used to develop the means and distributions for each community, and then they are fed back that information. Clyde Hertzman and his staff go all over B.C., school board by school board, and pick comparator communities at the same level of socio-economic status. They can pick communities even within the First Nations group at the same level so that you can see how you are doing compared to appropriate comparators.

The examples I have given show you that they can map at a very fine level how kids are doing going into kindergarten. That predicts almost everything else that goes on in your life. I am sorry to say. You can see that some parts of Vancouver are much worse off than others, and the range is enormous. There are areas with only 6 per cent, 7 per cent or 8 per cent of children scoring in the bottom 10 per cent of one of the five scales on this little instrument. There are other communities inside Vancouver where over 35 per cent of the kids are scoring in the bottom 10 per cent on one or more scales. Human disadvantage and human function are clustered by how well off you are, how educated your parents are, and how much stimulation you get, as the subcommittee has heard from many people.

On the next page, you see where the licensed child care and preschool spaces are. Where do you think they are? There is a very famous law of health care, which is shown here to be also true for early childhood education, called the inverse care law. It was written by a famous general practitioner in a Welsh coal mining village, Dr. Julian Tudor Hart. Dr. Hart coined the inverse care law by pointing out that the amount of care people get, unless there is a carefully managed public sector system to redistribute it,

deux, trois ou quatre hospitalisations, ce qui correspond au nombre moyen de fois où la plupart d'entre nous serons hospitalisés avant d'atteindre un âge avancé. Il faut cependant noter qu'un très petit groupe de patients compte pour une bonne partie des admissions. C'est tout simplement au sujet de tout le reste, de toutes les choses de la vie courante, que nous n'en savons pas beaucoup. C'est ce qui est problématique.

Nous n'avons toujours pas de système national pour recueillir des données sur le développement de nos enfants. Je sais qu'Hillel Goelman est venu vous parler du Human Early Learning Partnership de Clyde Hertzman. Je ne sais pas s'il vous a présenté l'approche utilisée en Colombie-Britannique où chaque élève de la maternelle est évalué à tous les ans au moyen d'un instrument simple que l'éducateur doit remplir. Il lui faut environ une journée de son temps pour ce faire. Chose formidable, le processus a été instauré dans le cadre de la négociation collective dans 59 districts scolaires, y compris toutes les communautés des Premières nations. Le grand avantage, c'est que l'évaluation est menée avant que les enfants n'arrivent à l'école primaire. Les écoles adorent donc le système, car elles ne seront pas blâmées pour les résultats. Tout le monde est enchanté. On ne s'en sert pas pour intervenir individuellement auprès des enfants. C'est un point très important. On l'utilise pour concevoir des outils et répartir les ressources entre les différentes communautés qui ont également accès à l'information. Clyde Hertzman et son personnel parcourent la Colombie-Britannique et choisissent au sein des différents conseils scolaires des collectivités servant de groupes de comparaison pour un même niveau de statut socioéconomique. Ils peuvent même sélectionner des communautés des Premières nations pour voir comment elles se comparent à des collectivités équivalentes du même niveau.

Les exemples que je vous ai donnés montrent bien qu'il est possible d'évaluer de façon très pointue la situation des enfants fréquentant la maternelle. Il faut malheureusement avouer qu'à peu près tout le reste de leur vie est fonction de ces résultats. Vous pouvez constater que certains quartiers de Vancouver font bien piètre figure et que les écarts sont énormes. Il y a des secteurs qui ne comptent que 6, 7 ou 8 p. 100 d'enfants se situant dans le dernier 10 p. 100 sur l'une des cinq échelles de ce petit instrument. Il y a par contre des quartiers de Vancouver où cette proportion dépasse les 35 p. 100 pour une ou plusieurs des échelles. De nombreux témoins vous l'ont déjà fait valoir; c'est le milieu d'où vous venez, le niveau de scolarité de vos parents et la quantité de stimulation que vous recevez qui déterminent en grande partie dans quelle mesure vous risquez d'être défavorisé ou de connaître des problèmes de fonctionnement.

À la page suivante, on peut voir la répartition des places en garderie et en prématernelle. Où croyez-vous qu'on les retrouve? Il existe un principe très connu dans le milieu des soins de santé, appelé « corrélation inverse entre défaveur sociale et qualité des soins », qui semble également s'appliquer à l'éducation de la petite enfance. C'est le Dr Julian Tudor Hart, un médecin généraliste réputé d'un village minier de Galles, qui a proposé ce concept. Le Dr Hart est arrivé à ce principe en établissant que la

is inversely proportional to the amount of care they need. That is the same with daycare.

Turning to the next slide, the map is to remind me again to tell you that this is throughout B.C. after more than a half decade of tremendous effort by the health group at the University of British Columbia.

Here are several slides from the fabulous Manitoba centre. I know that Noralou Roos came here to present to you. They have the best longitudinal data linkage capacity across every sort of record, although B.C. is coming up quickly to match them. Theirs has been in place longer. They have records going back almost 30 years for some people, and they can link all of those databases.

This is the work of Marni Brownell, junior scientist in the group there. Ms. Brownell asked the following questions: How steep do the socio-economic differentials in school achievement look if you take what the school test results look like and you map them against how well-off the families are in each of the areas using the mean local area family income, just like many other analyses in Canada? Then how steep do the socio-economic differentials look for the same test results if you include all the kids who were not in the test-writing exercise because they were not in school anymore, by the same socio-economic groups?

Looking at the dark graph with the bar graphs on the left, we see that for Grade 12 the gradient does not look too bad between the poor and the rich parts of Winnipeg, I think it is. We go from 70 per cent passing in the low SES group to 90 per cent and a little more passing the Grade 12 standardized language arts test. Too bad it is completely unreflective of the kids born that year. The real truth is that when you include all kids born that year, which they can do in Manitoba by linking up the data sets, the percentage who passed the grade 12 test by that age is 27 per cent in the low SES area and about 77 per cent in the high SES area.

Do not get too fixated on the debate about how we are doing compared to last year, because school performance statistics are a function of who is sitting the tests. That is a function of who is in the class. That is a function of who is still in school.

The amazing thing to me is that Manitoba people showed it is almost as bad by Grade 3. The next graph shows that the gradient is four times as steep, if you have all the kids in the birth cohort instead of just the kids sitting in the Grade 3 classes sitting the tests. The gaming like that is not all deliberate. I am just telling you that you cannot believe what the school system tells you

quantité de soins que reçoit une population, à moins de disposer d'un système public géré assez efficacement pour redistribuer les services, est inversement proportionnelle à la quantité de soins dont elle a besoin. C'est également vrai pour les places en garderie.

La carte de la diapositive suivante montre la situation dans l'ensemble de la Colombie-Britannique, après plus de cinq ans d'efforts acharnés par le groupe de promotion de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique.

Nous avons ensuite plusieurs diapositives sur le fameux centre sur les politiques de santé du Manitoba. Je sais que Noralou Roos est venue vous en parler. Le centre possède une extraordinaire capacité de couplage des données longitudinales dans tous les domaines, mais la Colombie-Britannique le rattrape rapidement. Le système est toutefois en place depuis plus longtemps au Manitoba. Le centre dispose de 30 ans de dossiers pour certaines personnes, et toutes ses bases de données peuvent être interreliées.

C'est le travail de Marni Brownell, scientifique associée du groupe de promotion de la santé. Mme Brownell s'est posé les questions suivantes : à quoi ressemblent les écarts socio-économiques entourant le rendement pédagogique si on compare les résultats des examens scolaires à la situation économique des familles, selon le revenu familial moyen de chacune des régions, comme on l'utilise dans bien d'autres analyses au Canada? Et à quoi ressemblent les écarts socio-économiques pour les mêmes résultats d'examen si on inclut tous les enfants qui n'ont pas participé au test écrit parce qu'ils avaient abandonné l'école, par rapport aux mêmes groupes socio-économiques?

Si on examine le diagramme à barres à gauche, on constate qu'il n'y a pas tellement d'écart pour la 12<sup>e</sup> année entre les quartiers pauvres et les quartiers riches de Winnipeg, je crois. On passe de 70 p. 100 pour le groupe des basses conditions socio-économiques à un peu plus de 90 p. 100 pour le taux de réussite au test normalisé de connaissances linguistiques en 12<sup>e</sup> année. Malheureusement, ces données ne tiennent pas compte de tous les enfants qui sont nés cette année-là. Dans les faits, si on inclut tous les enfants nés cette même année, ce que peut faire le centre du Manitoba en reliant les groupes de données, le pourcentage de réussite au test de 12<sup>e</sup> année est de 27 p. 100 dans le groupe des basses conditions socio-économiques, et de 77 p. 100 pour le groupe des conditions élevées.

Il ne faut pas trop s'attarder à se demander comment on se compare par rapport à l'an dernier, parce que les statistiques sur le rendement scolaire dépendent réellement de ceux qui ont fait les examens, de ceux qui sont en classe, de ceux qui vont encore à l'école.

Je trouve aberrant que les données pour la population du Manitoba soient presque aussi défavorables au niveau de la 3<sup>e</sup> année. Le diagramme suivant montre un écart quatre fois plus important si on inclut tous les enfants nés cette année-là, plutôt que seulement ceux qui ont fait l'examen en 3<sup>e</sup> année. On ne joue pas nécessairement avec les chiffres de façon délibérée. Je tiens



about the generation. It is not telling you the truth. It is not entirely the school's fault.

Cardiovascular disease is next. Here my plea is simple. Dr. Keon knows this. He has heard me say this before, but people still do not get it. We are fabulous at the people who shuffle off the mortal coil with heart disease and stroke. We could tell you where they died, and we are pretty good at telling you the details of how they shuffled away. We can even map these things by the mean family income of their neighbourhood, which Russell Wilkins at Statistics Canada has done brilliantly.

You will see that for men in the bottom graph, the gap has gotten narrower, but it stopped getting narrow for the last 10 years of the last 25-year period; it stalled.

For women the system does not work. It shows no gap because the mean family income misclassifies women's real social class. It does not tell you their real social class because it has mostly been reflective, in the people dying of heart disease, of male income for the first half of the last century. That is who is dying, so that is who makes up the statistics.

We must do it better for women. That means you have to collect individual-level data, as Mr. Wolfson and Mr. Halliwell indicated. You have to do so in real time, and the data must include more than family income. It has to include something about the person's education and, preferably, occupational status, for which we have many standard scales.

However, the real problem is that we have heart disease programs to prevent and promote health after program going back 25 years in this country and we still have no idea whether they are reducing the rate at which heart disease occurs, because we collect no data on the rate at which it occurs. No data. It is not that hard to do. It requires a linkage between all the sudden deaths out of hospital, which are held by the death registry people, and all the hospitalizations, which are held by a different ministry in Ontario with a very different set of motivations and kept at the Canadian Institute for Health Information, CIHI, and it requires linkage. There are people standing in the way. There are little ministers and little ministries standing in the way of the linkage.

Let me ask you a question. If you do not know how much heart disease is happening every year and you only know the death rate, do you know whether we should be spending more money on prevention or on diagnosis and treatment of people who come to the emergency with chest pains, whom Dr. Keon spent so much of his life taking care of? You do not have a clue. You do not have a clue whether we are behind on prevention, and you certainly do not know whether the health disparities, which are still significant for this, the major killer — it still will kill a

simplement à vous rappeler qu'il ne faut pas croire ce que le système scolaire nous dit à propos d'une génération. Cela ne reflète pas la réalité. On ne peut pas jeter tout le blâme sur les écoles.

Parlons maintenant des maladies cardiovasculaires. Ce que je revendique est simple, et le Dr Keon le sait. Il m'a déjà entendu le dire, mais les gens ne comprennent toujours pas. Nous savons un tas de choses sur les victimes de maladies cardiovasculaires et d'AVC. Nous pouvons vous dire où elles sont mortes et même vous donner des détails sur le combat qu'elles ont mené. Nous pouvons en outre schématiser tout ça par rapport au revenu familial moyen du quartier, ce qu'a fait de brillante façon Russell Wilkins de Statistique Canada.

Vous remarquerez dans le diagramme du bas que l'écart s'est amenuisé pour les hommes, mais la situation n'a pas bougé au cours des dix dernières années de la période de 25 ans visée par l'analyse.

Le système ne fonctionne pas pour les femmes. On ne voit aucun écart parce que le revenu familial moyen ne reflète pas la classe sociale véritable des femmes. Cette donnée découle plutôt, par rapport aux victimes de maladies cardiovasculaires, du revenu des hommes au cours des cinquante premières années du dernier siècle. Ce sont surtout des hommes qui décèdent de maladies cardiaques, alors c'est ce que l'on retrouve dans les statistiques.

Nous devons faire mieux pour les femmes. Cela signifie qu'il faut recueillir des données individuelles, comme l'ont mentionné MM. Wolfson et Halliwell. Il faut par ailleurs que ce soit fait en temps réel et que les données renferment plus que le revenu familial. Il faut obtenir des renseignements sur le niveau de scolarité de la personne et, préférablement, la situation professionnelle, pour laquelle nous disposons de plusieurs échelles normatives.

Toutefois, le cœur du problème réside dans le fait que nous ne savons toujours pas si les programmes que nous mettons en place depuis 25 ans dans ce pays pour prévenir la maladie et faire la promotion de la santé permettent réellement de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, puisque nous n'amassons aucune donnée à cet égard. Aucune donnée. Ce n'est pourtant pas si difficile à faire. Il faut coupler toutes les données sur les décès soudains survenus en-dehors de l'hôpital, qui sont consignées dans les registres de décès, avec les données sur les hospitalisations, qui sont détenues par un autre ministère de l'Ontario à des fins totalement différentes et qui sont entreposées à l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. Certaines personnes s'y opposent. De petits ministres et de petits ministères nous empêchent de le faire.

Laissez-moi vous poser une question. En ne sachant pas combien de personnes sont victimes de maladies cardiovasculaires chaque année, et en ne connaissant que les taux de décès, comment pouvez-vous déterminer s'il faut investir davantage dans la prévention ou dans le diagnostic et le traitement des personnes qui se présentent à l'urgence avec des douleurs à la poitrine, que le Dr Keon a passé une bonne partie de sa vie à traiter? Vous n'avez aucune idée. Vous ne savez pas s'il faudrait faire plus de prévention, et vous ne savez certainement pas si les disparités

third of us in this room — are because we are bad at prevention for the disadvantaged groups or because we are bad at diagnosis and treatment. We have some data on the latter, thanks to the good work at ICIS and others, but we could fix this. This is not difficult to do record linkage on. A registry would be better, but cancer got to the trough first on registries.

By the way, do you know why that is? Do you know why we collect current data on only one major disease, cancer? The pathologists realized it would actually be a bad thing for there not to be quality control on people having a cancer diagnosis. They very far-sightedly insisted 30 years ago that registries be created so that the evidence that a person has cancer would be standardized and pulled in from every part of their medical chart: pathology, surgical biopsy specimen, lab tests, imaging tests. It is brilliant; however, it is not done for any other major disease. If the disease is not always admitted with the person alive, you cannot use hospitalization data.

What would it look like if we did put the data together and got some sense of how many people have heart disease in a given moment, which is slightly different from how many people are getting it, which we call prevalence? The Manitoba centre has tried this. They can do that because they can pull out the drug data, as many drugs are specific for cardiovascular disease. They show that those death rates have been coming down for almost 60 years, but the number of people each year with the disease is the same every year. That is because, of course, we are keeping people alive longer.

The bill cannot go down because the bill is driven by all these drugs. They are the number one class of drugs, costing us more than everything else put together. You are on hypertensives for the rest of your life, any hypertensives. You are on that that statin for the rest of your life.

The bottom line is, we are not even in the driver's seat on this, and it is mostly a federal-provincial-territorial dispute. It needs to be pulled into some kind of a common, overarching structure. Statistics Canada could do a lot, and CIHI can do a lot, but they need to be given the power to do so.

I will finish with this: It is great that we do have very good quality data on smoking — self-reported, but pretty good. We are now getting measures in the Canadian Health Measures Survey; we will have some other measures from people, urinary cotinine and other things, to make sure we are getting the full picture of their smoking status. Smoking is by far the most important

sur le plan de la santé — un facteur encore prépondérant quant aux maladies cardiovasculaires, un fléau qui tuera un tiers d'entre nous dans cette salle — sont toujours aussi présentes parce que nous ne faisons pas assez de prévention auprès des groupes défavorisés ou parce que nous devons améliorer nos techniques de diagnostic et de traitement. Nous détenons certaines données sur ce dernier facteur, grâce au bon travail de la compagnie Isis et d'autres, mais nous pouvons remédier à la situation. Ce n'est pas compliqué de faire le couplage des dossiers. Il serait préférable d'établir un registre, mais la recherche sur le cancer a accédé en premier à l'assiette au beurre.

En passant, savez-vous pourquoi la situation est ce qu'elle est? Savez-vous pourquoi nous recueillons actuellement des données sur une seule grande maladie, le cancer? Les pathologistes se sont rendu compte qu'il serait inapproprié qu'aucun contrôle de la qualité ne soit assuré auprès des patients chez qui on avait diagnostiqué un cancer. Il y a 30 ans, ils ont fait preuve d'une grande vision en insistant pour que l'on crée des registres permettant de normaliser et de consigner les données recueillies sur les patients atteints de cancer au moyen de différents examens : pathologie, biopsie chirurgicale, tests en laboratoire, tests d'imagerie. C'est brillant; toutefois, on ne le fait pour aucune autre maladie grave. Si la maladie n'est pas diagnostiquée pendant que la personne est en vie, les données sur les hospitalisations ne servent à rien.

Quel portrait obtiendrait-on si on réunissait toutes ces données pour nous faire une idée du nombre de personnes souffrant de maladies cardiaques au cours d'une période donnée, ce qui est légèrement différent du nombre de personnes qui en ont souffert à un moment ou un autre de leur vie, ce qu'on appelle la prévalence? Le centre du Manitoba a fait l'exercice. C'est possible parce qu'il peut aller chercher les données sur les médicaments, car beaucoup sont prescrits exclusivement pour les maladies cardiovasculaires. Ces données indiquent que les taux de décès diminuent depuis une soixantaine d'années, mais que le nombre de personnes souffrant de maladies cardiaques reste le même d'année en année. Une conclusion qui s'explique par le fait que l'on garde les patients en vie plus longtemps.

Les coûts ne peuvent pas diminuer, parce que ce sont tous ces médicaments qui font grimper la facture. Il s'agit de médicaments de première classe, qui nous coûtent plus que tout le reste mis ensemble. Des patients doivent prendre des médicaments contre l'hypertension toute leur vie. Certains doivent prendre de la statine pour toujours.

Au bout du compte, nous ne tenons même pas les commandes dans cette affaire, et c'est en grande partie un différend fédéral-provincial-territorial. Il faudrait établir une structure commune et globale. Statistique Canada pourrait en faire beaucoup, l'ICIS aussi, mais il faut leur donner le pouvoir d'agir.

Je terminerai avec ceci : il est formidable que nous ayons des données d'excellente qualité sur le tabagisme — déclarées par les répondants eux-mêmes, mais très bonnes tout de même. Nous avons maintenant différentes mesures grâce à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, et nous en obtiendrons d'autres auprès de la population, entre autres par le dosage de la



premature unnecessary cause of death. It is important that we understand not only that but also the dynamics of who is quitting and starting every year by age, by gender, by social class and by location. Those are the determinants.

If you could stop people from smoking until the age of 21, 95 per cent of them will never smoke through the rest of their lives. That is not such a hard window to hit, is it? Surely we could get that right. However, we do not disaggregate the data by who is starting and quitting and what the recent dynamics have been. That is the first problem.

The second problem is that we have not systematically collected what the British have done. The reference is the very last graph. They have 50 years of time series by social class. The picture it shows, in this case for women, is not a pretty one. It shows that whereas women in the various social classes in the U.K. all smoked about the same in 1955, poor women and women who are less educated now smoke four times as much as the most educated and wealthy women. I am sure it is no different here, and maybe worse in some communities.

Those are the kinds of data we need. Without them, and without your support as a subcommittee to make the right sorts of investment, we will not be able to steer the ship.

**Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations, Indian and Northern Affairs Canada:** I would like to thank the chair and committee members for the opportunity to provide an update from my last report that I gave last April. I will primarily touch on housing and water as they relate to the social determinants of health for First Nations people living on reserve and will comment on how I believe our work contributes to tracking health outcomes and supporting research on interventions to enhance the health of the population.

Perhaps one of the ways in which Indian and Northern Affairs Canada, INAC, most directly influences population health stems from our continued effort to improve access to safe drinking water in First Nations communities. I recognize there are many other determinants, but I will focus on the basic ones that I am involved with.

Last year, when I addressed the committee I spoke about our department's activities to improve access to clean, safe drinking water in First Nations communities. I reported at that time that the number of First Nations communities with water treatment

cotinine urinaire, pour veiller à ce que nous ayons un portrait complet de la consommation de tabac. Le tabagisme est de loin la plus importante cause de décès prématuré et inutile. Il est important de comprendre cette réalité, mais aussi de savoir qui commence à fumer et qui délaisse la cigarette chaque année, par groupe d'âge, par sexe, par classe sociale et par région. Ce sont là les différents déterminants.

Si on arrivait à empêcher les gens de fumer jusqu'à l'âge de 21 ans, 95 p. 100 d'entre eux ne prendrait jamais cette habitude de leur vie. Ce n'est pas un crêneau trop difficile à cibler, n'est-ce pas? Je suis persuadé que nous pouvons y arriver. Toutefois, nous ne découpons pas les données de façon à savoir qui commence à fumer et qui arrête de fumer et quelles sont les dernières tendances. C'est le premier problème.

Le deuxième, c'est que nous n'avons pas systématiquement recueilli les mêmes données que les Britanniques. On retrouve les références à la toute dernière page. En Grande-Bretagne, on dispose d'une série de données groupées par classe sociale qui s'échelonnent sur 50 ans. Ces données laissent deviner une situation peu reluisante, pour les femmes dans ce cas-ci. On constate que si les femmes, toutes classes sociales confondues, avaient une consommation de tabac semblable en 1955, aujourd'hui, les femmes défavorisées et celles qui ont un niveau de scolarité moindre fument quatre fois plus que les femmes les mieux nanties et éduquées. Je présume que l'on pourrait faire les mêmes constatations ici, et peut-être obtenir des résultats plus inquiétants encore dans certaines communautés.

Voilà le genre de données dont nous avons besoin. Sans elles, et sans l'appui de ce sous-comité pour bien diriger les investissements, nous ne serons pas en mesure de prendre les choses en main.

**Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Politiques socio-économiques et opérations régionales, Affaires indiennes et du Nord Canada :** Je tiens à remercier le président et les membres du comité de m'avoir permis de venir faire le point sur mon dernier rapport, que j'ai présenté en avril. Je parlerai principalement des conditions d'habitation et de l'approvisionnement en eau, qui influent sur les déterminants sociaux de la santé chez les communautés des Premières nations vivant dans les réserves. Je ferai également quelques observations quant à la façon dont notre travail contribue à suivre l'évolution des résultats en matière de santé et à soutenir la recherche sur les interventions afin d'améliorer la santé de la population.

Une des façons dont le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le MAINC, peut influencer le plus directement sur la santé de la population réside dans nos efforts continus pour améliorer l'accès à l'eau potable au sein des communautés des Premières nations. Je reconnais qu'il y a bien d'autres déterminants, mais j'insisterai sur les déterminants fondamentaux dont je m'occupe.

L'an dernier, lorsque j'ai témoigné devant ce comité, j'ai parlé des activités de notre ministère visant à permettre aux communautés des Premières nations d'accéder plus facilement à de l'eau potable propre et sûre. J'avais alors indiqué que le

systems classified as high risk had been reduced from 193, in the year 2003, to 97. In that context, high risk means primarily that there is no built-in redundancy or backup, so if something goes wrong, the probability of being able to correct it to ensure that the drinking water is safe is extremely low. Over the past year we have been able to further reduce this number to 85. In addition, the number of First Nations operators who have achieved what we refer to as first level or greater certification for water treatment operators has increased to 41 per cent. I realize this number looks a little low, but this is actually starting to be an improvement. This is one area that is in extremely high demand across the country. Water treatment operators are in extremely high demand, and we are having a rough time retaining them in many communities. They are leaving for greener pastures.

[Translation]

At the beginning of April, the Minister of Indian and Northern Affairs announced the next step in our plan to ensure that safe drinking water is made available to all First Nations. He outlined a plan, and \$330 million in additional funding, for the First Nations Water and Wastewater Action Plan.

[English]

A key part of that plan will be to conduct a national assessment of all water and waste water systems in First Nations communities across the country. This assessment will help provide us with a big-picture view of all drinking water systems and help determine what type of investments need to be made in communities. The results of the assessment will be made public next year and will provide the foundation upon which future water and waste water investment decisions will be made.

[Translation]

We all know how important it is to have properly trained and certified individuals operating these water treatment facilities. Qualified operators not only ensure that residents receive a safe supply of water, but they also play an important role in preserving the infrastructure assets. Consequently, we have doubled the scope of the Circuit Rider Training Program, which provides hands-on training for water operators in their community by certified professionals.

[English]

Moving forward, INAC plans to promote the construction of water systems that are within the technical, financial and managerial capacities and capabilities of the community to operate them, thereby reducing the overall health risk long term.

Many rural and small-town Canadian homes rely upon individual wells and septic systems for their water and waste water needs. Over the past several years, the trend in First Nations communities had been more to deploy centralized piped

nombre de communautés des Premières nations desservies par un système de traitement des eaux à haut risque était passé de 193, en 2003, à 97. Dans ce contexte, on juge à haut risque les systèmes qui ne sont pas dotés d'un mécanisme auxiliaire automatique; donc, si quelque chose tourne mal, il est très peu probable que l'on puisse corriger la situation pour s'assurer que l'eau est bonne à boire. Au cours de la dernière année, nous avons réussi à réduire ce nombre à 85. De plus, la proportion d'opérateurs des installations de traitement de l'eau à avoir obtenu une certification de niveau I est passé à 41 p. 100. Je comprends que ce chiffre semble peu élevé, mais c'est en fait un pas en avant. C'est un secteur pour lequel on a extrêmement de difficulté à répondre à la demande partout au pays. Il n'y a pas suffisamment d'opérateurs au traitement de l'eau et nous avons du mal à les garder en poste dans bien des communautés. Ils partent à la recherche de meilleures conditions.

[Français]

Au début d'avril, le ministre des Affaires indiennes et du Nord Canada a annoncé la prochaine étape du plan d'assainissement de l'eau potable dans toutes les communautés des Premières nations. Le plan prévoit un financement additionnel de 330 millions de dollars pour le plan de gestion de l'eau et des eaux usées des Premières nations.

[Traduction]

L'évaluation à l'échelle nationale de tous les systèmes d'aqueducs et d'égouts dans les collectivités des Premières nations est un élément clé de ce plan. Cette évaluation nous permettra d'avoir une vue d'ensemble des systèmes d'approvisionnement en eau potable et de décider des investissements à effectuer dans les communautés. Les résultats de l'évaluation seront rendus publics l'an prochain, et ils orienteront les décisions futures touchant les investissements dans les systèmes d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées.

[Français]

Nous savons tous à quel point il est important d'assurer une permanence bien formée et certifiée dans les installations de traitement des eaux. Non seulement les opérateurs qualifiés assurent un approvisionnement sûr aux résidents, mais ils veillent aussi à la conservation des infrastructures. Nous avons doublé le mandat du programme des formateurs itinérants, grâce auquel les opérateurs reçoivent une formation pratique dans leurs communautés et auprès des professionnels certifiés.

[Traduction]

Dorénavant, AINC compte promouvoir la construction de systèmes conformes aux ressources techniques, financières et administratives des communautés auxquels ils sont destinés, de manière à réduire les risques à long terme pour la santé.

La plupart des habitations rurales au Canada sont dotées de puits et d'installations septiques. Ces dernières années, les communautés des Premières nations se sont mises à s'équiper de systèmes centraux de canalisations. Mon ministère élabore



systems. My department is currently developing clear standards to guide First Nations communities in the planning, design and operation of smaller water and waste water systems, such as individual wells and septic systems, where appropriate and feasible. Onsite water and waste water systems also provide a more cost-effective solution, which is critical given the finite resources available for community infrastructure.

Finally, INAC and Health Canada have committed to engaging First Nations communities, the regional and national organizations, and provincial and territorial governments on the creation of a federal legislative framework for drinking water and waste water on reserve. Legislation would provide the Government of Canada with the authority to fill the regulatory gap that currently exists between on- and off-reserve water systems. This important step will provide First Nations communities with the same level of water system protection that is currently available to all other Canadians.

*[Translation]*

Now I would like to speak about the Government of Canada's role in First Nations' housing, which includes new construction, renovations, social housing, capacity development and other housing-related activities. The Government of Canada is an important player in this area, but it is also working to make its contribution more effective.

*[English]*

The government has committed to reviewing INAC's 1996 On-Reserve Housing Policy. Key to this review is the recognition that communities vary in their ability to provide good housing to their members. The goals of the renewed policy are to ensure that housing support reaches those in greatest need and that the full range of housing opportunities, including market-based housing or private home ownership, becomes more attainable to many First Nations members.

The recently announced \$300-million First Nations Market Housing Fund will support First Nation home ownership on reserve and expand community members' control over housing. The fund will be governed by a board of trustees drawn from three areas: First Nations, the private sector financing community and the federal government. After a publicly advertised process, the trustees have now been appointed. They recently convened their first meeting and have approved the access criteria and operating parameters of the fund. The fund is slated to be open for business shortly. In fact, it will be announced next week, in May 2008.

Market housing can bring many benefits to First Nations communities and individuals, including employment growth, based on new home construction, a reduction in housing shortages, pride of ownership and the means to build equity and generate wealth. It can lead to improved housing quality and,

présentement des normes claires pour guider les Premières nations dans la planification, la conception et l'exploitation de plus petits réseaux d'égouts et d'alimentation, en eau, tels que les fosses septiques et les puits, lorsque c'est possible. Les systèmes d'approvisionnement en eau potable et de traitement des eaux usées constituent une solution plus rentable, ce qui est d'autant plus important que le financement des infrastructures est limité.

Enfin, AINC et Santé Canada se sont engagés à faire participer les communautés des Premières nations, les organisations régionales et nationales, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux à la création d'un cadre fédéral législatif sur l'eau potable et les eaux usées dans les réserves. Une mesure législative donnerait au gouvernement du Canada le pouvoir de combler l'écart dans la réglementation actuelle entre les réseaux d'alimentation en eau dans les réserves et à l'extérieur. Cette étape importante permettra de protéger la salubrité de l'eau dans les communautés des Premières nations au même titre que partout ailleurs au Canada.

*[Français]*

Je voudrais maintenant parler du rôle du gouvernement du Canada dans le dossier du logement des Premières nations qui comprend les nouvelles constructions, les rénovations, le logement public, le développement des compétences et d'autres activités liées au logement. La contribution du gouvernement à ce chapitre est importante, mais il cherche des façons de la rendre aussi plus efficace.

*[Traduction]*

Le gouvernement s'est engagé à revoir la politique d'AINC de 1996 relative au logement dans les réserves. Ce faisant, il reconnaîtra que toutes les communautés ne disposent pas des mêmes ressources pour offrir des logements convenables à leurs membres. La nouvelle politique vise à aider ceux qui en ont le plus besoin, et à ce que les Premières nations aient davantage accès à toutes les options possibles, y compris aux logements du marché ou à l'accession à la propriété.

Le Fonds de 300 millions de dollars d'aide au logement du marché des Premières nations dont la création a été annoncée récemment favorisera l'achat d'habitations dans les réserves et offrira davantage d'autonomie en matière de logement aux membres des communautés. Le fonds sera géré par un conseil d'administration regroupant des représentants des Premières nations, du secteur privé des finances et du gouvernement fédéral. Ces membres ont été désignés au terme d'un processus de sélection public. Ils ont tenu récemment leur première réunion, au cours de laquelle ils ont approuvé les critères d'accès et les paramètres de fonctionnement du fonds, qui devrait être fonctionnel en mai 2008.

Le système de logement du marché peut procurer de nombreux avantages aux communautés des Premières nations, en créant notamment des emplois dans le secteur de la construction résidentielle, en réduisant la pénurie de logements, en donnant un sentiment de fierté aux propriétaires et en leur offrant les

therefore, improved quality of life. The market housing fund will assist with the generation of 25,000 housing units over the next 10 years.

[Translation]

Increasing the availability of homes in First Nations has to be supported by maintaining the existing housing stock. Mould in homes presents a great risk to First Nations' health and safety. In general, mould is more prevalent on reserve due mainly to overcrowding, poorly constructed houses, a lack of appropriate maintenance, chronic flooding, and inadequate ventilation.

[English]

The First Nations indoor air quality committee, with representatives from INAC, Health Canada, Canada Mortgage and Housing Corporation and the Assembly of First Nations, developed a national mould strategy in partnership with many key First Nations stakeholders. The strategy includes such activities as an awareness campaign, technical training, community self-assessment and an identification process to assist First Nations experiencing critical mould problems in their respective communities.

Just as the committee emphasizes the potential of raising public awareness about, and education on, population health issues, Indian and Northern Affairs Canada has been active in raising public awareness on the living conditions and challenges affecting the well-being of First Nations. Our department is proud to be one of the sponsors of *Closer to Home*, a six-part documentary series that takes viewers into reserves across Canada to experience home, housing and life from a uniquely First Nations point of view. One of the goals of this series is to generate among the public, First Nations and non-First Nations, a more balanced understanding of what conditions create and sustain good health.

[Translation]

I would also like to focus on how our current work contributes to strengthening the intersectoral action proposed by the committee, and to the establishment of the population health database.

[English]

Indian and Northern Affairs Canada recognizes the gravity of complex social, economic and health challenges experienced by many First Nations and the need for equally comprehensive interdisciplinary responses to these challenges. By partnering with other federal departments, such as Health Canada, and learning from successful, traditional, holistic approaches adopted by First Nations themselves, the department is developing innovative

moyens d'accroître leurs actifs et de créer de la richesse. On pourra ainsi améliorer la qualité des logements et la qualité de vie dans les réserves. Le Fonds de logement du marché des Premières nations permettra de financer 25 000 nouvelles unités d'habitation d'ici 10 ans.

[Français]

Pour accroître la disponibilité de logements dans les communautés des Premières nations, il faut maintenir les niveaux actuels de logement. La moisissure dans certaines demeures est une menace à la santé et à la sécurité des Premières nations. Cette moisissure est plus répandue dans les logements des réserves en raison du nombre d'habitants qui s'y entasse, de la mauvaise qualité des bâtiments, du manque d'entretien, des inondations chroniques et du manque d'aération.

[Traduction]

Le comité des Premières nations sur la qualité de l'air intérieur, regroupant des représentants d'AINC, de Santé Canada, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement et de l'Assemblée des Premières Nations, a mis sur pied une stratégie nationale de lutte contre la moisissure, en partenariat avec de nombreux intervenants clés des Premières nations. Cette initiative prévoit des activités telles qu'une campagne de sensibilisation, des formations techniques et un processus d'autoévaluation et d'identification conçu pour les Premières nations qui sont aux prises avec de graves problèmes de moisissure dans leurs communautés.

Tout comme le comité cherche à sensibiliser la population aux questions relatives à la santé, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien tente de lui faire prendre conscience des conditions de vie et des problèmes qui ont une incidence sur le bien-être des Premières nations. Notre ministère est fier d'être l'un des commanditaires de *Closer to Home*, un documentaire en six épisodes qui présente aux téléspectateurs la vie dans les réserves au Canada du point de vue particulier des Premières nations. L'un des buts de cette télé série est d'offrir au public canadien un portrait plus fidèle des conditions essentielles à la santé.

[Français]

Je souhaite aussi souligner comment nous contribuons aux mesures intersectorielles préconisées par le comité ainsi qu'à la constitution de la base de données sur la santé de la population.

[Traduction]

Affaires indiennes et du Nord Canada reconnaît la gravité des difficultés sociales, économiques et sanitaires auxquelles beaucoup de communautés doivent faire face, de même que la nécessité d'appliquer des solutions globales et multidisciplinaires. En travaillant en partenariat avec d'autres ministères fédéraux, notamment Santé Canada, et en s'inspirant des méthodes holistiques et traditionnelles efficaces des Premières nations, le



policy and comprehensive community planning approaches to provide effective supports to First Nations communities in crisis.

With respect to the recommendations pertaining to data and research, we fully endorse the idea that improved data transfer and housing management practices are critical to increasing the numbers of better-maintained, healthier and safer homes on reserves.

INAC has developed an integrated capital management system that enables more effective and efficient collection, monitoring and reporting of all capital activities on the reserve, including housing, water infrastructure, community-built buildings, and management of these assets. The system can feed into a comprehensive health database by contributing data on how community infrastructure and its management affect health and well-being of Aboriginal Canadians. It will also be a source of focused information to support First Nations health research in such areas as drinking water and indoor air quality.

Further, our research and analysis directorate will be updating the First Nations Community Well-Being Index, which uses data from the census. Currently, the First Nations Community Well-Being Index tracks trends at the community level from 1981 to 2001. It is currently being updated to reflect the findings of the 2006 Census. This cross-sectional and longitudinal index includes data on educational attainment, labour force activity, income and housing quality. Components of the index measure the social determinants of health and well-being.

In conclusion, our vision is that Aboriginal Canadians, including First Nations, will have the same opportunities as other Canadians. We realize that despite our progress, there remains much to be done. Through this presentation, I have shared what I believe will serve to bring this vision closer to reality and will contribute to improving population health among First Nations people.

**The Chair:** Thank you all very much. I will now bring you back to the first possible option. Perhaps my question should be broken into two parts, so just tell me that as I put the question forth.

When it comes to expanding and enriching the population health database, I see a couple of components. First, we have some great databases — there is no question about it — such as Statistics Canada and the new CIHI initiative with the Canadian Population Health Initiative. The new Public Health Agency of Canada has a lot of data. I had the privilege of seeing some of it. Then, of course, we have the Canada Health Infoway, which is still in a gestation period, and all the provincial databases. If we could find an overarching way to get these pockets of information together, we would have good information on population health.

ministère élabore des politiques innovatrices et des plans communautaires exhaustifs qui apportent un soutien adéquat aux communautés en crise.

En ce qui concerne les recommandations relatives aux données et à la recherche, nous sommes tout à fait d'accord qu'il est essentiel d'améliorer l'échange de données et les pratiques de gestion des logements pour accroître le nombre d'habitations bien entretenues, salubres et sécuritaires dans les réserves.

AINC a créé un système intégré de gestion des immobilisations qui facilite la collecte de données, le suivi et les rapports de toutes les activités liées aux immobilisations dans les réserves, y compris celles qui concernent le logement, les infrastructures hydrauliques, les structures communautaires et la gestion des biens de la communauté. Ce système peut s'intégrer à une base de données globale sur la santé en fournissant des données sur la façon dont les infrastructures et leur gestion peuvent influencer la santé et le bien-être des Autochtones canadiens. Il peut aussi être une source de données précises à l'appui des recherches sur l'eau potable et la qualité de l'air intérieur dans les communautés des Premières nations.

De plus, notre division de la recherche et de l'analyse procédera à une mise à jour de l'Indice du bien-être des collectivités des Premières nations, qui s'appuie sur les données du recensement. Actuellement, l'indice illustre les tendances au sein des communautés de 1981 à 2001. Une fois la mise à jour terminée, il tiendra compte des résultats du recensement de 2006. Cet indice intersectoriel et longitudinal comprend des données sur les niveaux d'instruction atteints, les activités de la main-d'œuvre, le revenu et la qualité des logements. Les composants de l'indice servent à évaluer les déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

Pour conclure, nous estimons que les Autochtones au Canada, y compris les membres des Premières nations, doivent jouir des mêmes privilèges que tous les autres Canadiens. Nous savons qu'en dépit des progrès réalisés, il reste beaucoup à faire. Au moyen de cette présentation, j'ai tenté de vous faire part des initiatives qui nous aideront à améliorer la santé des Premières nations.

**Le président :** Merci beaucoup à tous. Je vais maintenant revenir sur la première option possible. Je devrais peut-être diviser ma question en deux; vous n'aurez qu'à me le dire.

En ce qui concerne l'enrichissement de la base de données sur la santé de la population, je vois différentes composantes. Premièrement, nous avons sans contredit de grandes bases de données, comme celles de Statistique Canada et de l'ICIS avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Celle de l'Agence de la santé publique du Canada contient également beaucoup de renseignements. J'ai eu le privilège de la consulter. Nous avons aussi, bien sûr, l'Inforoute santé du Canada, qui est encore en phase de conception, ainsi que toutes les bases de données provinciales. Si nous pouvions trouver un moyen de

The health component of it seems doable, if we could find the right way to accomplish this.

Let us move over to the other determinants that Mr. Brooks was talking about, such as water, food, housing, and so on. That is why I said there are probably two components to this question. Maybe we should address the health component first and then come back and see how we can pull the other eleven determinants into the database.

Could all the witnesses have a go at the question of whether we need something new and whether the resources are there in the existing resources? Is it just a question of how they can be integrated and made to talk to each other? Who has the tremendous wisdom to tackle that question?

**Mr. Halliwell:** I will address something that has bothered me for some time here, which I think could be a framework for this question. I saw it when I was in the United States, in Washington, talking with them about the work they do. It deals with how we do risk management in privacy in the field of research in Canada. I have written about this in *Horizons*, a Policy Research Initiative publication. We fail to make a distinction between a data set that has many individual identifiers, which is how most people think of protected personal information, and a data set that is stripped of those kinds of identifiers but has a reasonable amount of detail about the individual records in that data set. There is a minuscule risk that, as researchers, we will look at an individual record and say, "I think I know who that is. I know more about them than I otherwise would." If I describe it that way, and if I were to show you the kind of data set that one is talking about, it would not look like personal information. However, we have interpreted personal information to encompass all of that in one standard of a high degree of risk protection. Therefore, we are under-exploiting this data.

In contrast, in the United States they will strip the identifiers out of the data and do some aggregation of the data, but they do not reduce literally to zero the risk that, poring through the 3,000 records in the Canadian Community Health Survey, for example, you would discover your neighbour. That we do so in Canada has become a barrier to our capacity to do research in this domain. We are not doing the risk management of de-identified data sets used for research purposes, and it becomes a big cross. It results in data sets that are aggregated in such a way, often by geography, that even the capacity to not necessarily match things up individual by individual but by smaller, finer units of geography is difficult to manage.

regrouper toutes ces informations, nous aurions un excellent accès aux renseignements concernant la santé de la population. Cela pourrait être possible pour la composante de la santé, si nous pouvions trouver une bonne façon de le faire.

Passons maintenant aux autres déterminants dont M. Brooks a parlé, comme l'alimentation en eau, la nourriture, le logement, et cetera. C'est la raison pour laquelle je disais qu'il y a probablement deux volets à cette question. Nous devrions peut-être parler de la santé en premier, puis nous pencher sur la façon d'intégrer les onze autres déterminants à la base de données.

Les témoins pourraient-ils tous se prononcer sur la question à savoir s'il nous faut quelque chose de nouveau, et s'il y a déjà tout ce qu'il faut dans les ressources existantes? S'agit-il seulement de la manière de les intégrer et de les faire communiquer entre elles? Qui aura la grande sagesse de répondre?

**M. Halliwell :** Je vais traiter d'un aspect qui me dérange depuis un certain temps, et qui, je crois, pourra servir de cadre à cette question. Je l'ai constaté alors j'étais aux États-Unis, à Washington, en discutant avec les Américains du travail qu'ils effectuent. Il s'agit de la manière dont nous gérons les risques en matière de protection des renseignements personnels dans le milieu de la recherche au Canada. J'ai écrit là-dessus dans *Horizons*, une publication du Projet de recherche sur les politiques. Nous n'établissons pas de distinction entre un ensemble de données qui comporte de nombreux identifiants individuels — ce qui correspond à la manière dont la plupart des gens conçoivent la protection des renseignements personnels — et un ensemble de données d'où ces types d'identifiants ont été prélevés, mais qui renferment une quantité raisonnable de détails sur les antécédents personnels. Il existe un minuscule risque qu'en tant que chercheurs, nous examinons un dossier individuel en disant : « Je crois savoir de qui il s'agit. J'en sais plus sur cette personne que je n'en aurais su autrement ». Si je vous fais cette description, et que je devais vous montrer le type d'ensemble de données dont on parle, cela ne ressemblerait pas à de l'information personnelle. Toutefois, nous avons interprété les renseignements personnels de façon à ce que tous ces éléments soient englobés dans une norme élevée de protection contre les risques. Par conséquent, nous sous-exploitions ces données.

À l'inverse, aux États-Unis, on retirera les identifiants des données et on effectuera une certaine agrégation des données, mais les Américains ne réduisent pas littéralement à zéro un risque tel que, par exemple, en écumant les 3 000 dossiers de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on tombe sur son voisin. Le fait que nous le fassions, au Canada, est devenu un obstacle à notre capacité d'effectuer de la recherche dans ce domaine. Nous ne gérons pas les risques relatifs à des ensembles de données anonymisées utilisées à des fins de recherche, et cela devient lourd à porter. Il en résulte des ensembles de données agrégées de telle manière, souvent en fonction de la géographie, que même la capacité d'établir la correspondance entre les données, pas nécessairement de personne à personne, mais en fonction d'unités géographiques plus petites, plus fines, est difficile à gérer.



We do have one out in this regard when dealing with individual data sets — for example, data contained in the Canadian Community Health Survey — and that is the wonderful work that Statistics Canada and the Social Sciences and Humanities Research Council have done in getting those micro data sets into Statistics Canada university research data centres, where Canada's researchers now have access to a wealth of data that was almost unheard of 15 years ago and can work with the kind of micro-level data that Dr. Frank described. However, as we try to knit these disparate data sources together, if we have this incredibly low tolerance for any sense of a risk of privacy loss, it may be an insurmountable barrier.

**The Chair:** Mr. Wolfson, who is equipped to deal with that?

**Mr. Wolfson:** There is no simple answer to that. I will comment on that as it is posed on page 12 in two ways: first, with respect to existing information flows and the way the status quo is likely to evolve; and second, with emerging things that should occur.

I would like to say that Statistics Canada can do everything, but that is not true. If we go back before the birth of CIHI, to the task force report that gave rise to it, the task force concluded, first, that our health information system was in a mess. It has improved considerably since then, but the report proposed a health information coordinating council. For better or for worse, that has not come to pass. We have the board of the Canadian Institute for Health Information. The other organizational recommendation made was to create CIHI, which was an amalgam of what used to be at Statistics Canada and part of what used to be at Health Canada, plus two predecessor organizations, one dealing with hospital patient data and the other with financial data.

The appreciation in the early 1990s was that the players are so disparate that they would include not only federal government departments but also provincial ministries and hospitals. Each group has important parts of the story but not the whole thing. Somehow, there is a need to bring them together.

The CIHI board has done a wonderful job, but it is legally the board of the private non-profit corporation that is CIHI. While it is good representation, I do not know whether it is the right organization to take that on. Consequently, we have a gap. There was the National Forum on Health and then a committee on information appointed by the Minister of Health in 1997, which led to the birth of the Canada Health Infoway. There were several efforts over the 1990s to come to grips with this, but none of them

De fait, nous avons quelque chose qui existe en ce qui concerne les ensembles individuels de données — par exemple, les données contenues dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes —, et il s'agit du merveilleux travail accompli par Statistique Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines pour transmettre ces ensembles de microdonnées aux centres de données de recherche universitaire de Statistique Canada. Là, les chercheurs canadiens ont maintenant accès à une mine de renseignements pratiquement inconcevable il y a 15 ans, et peuvent travailler avec le type de microdonnées dont le Dr Frank a fait la description. Toutefois, tandis que nous tentons de mettre ensemble ces sources de données disparates, si nous avons ce niveau de tolérance incroyablement bas pour tout ce qui nous semble présenter un risque sur le plan de la perte de la protection de la vie privée, cela pourrait constituer un obstacle insurmontable.

**Le président :** Monsieur Wolfson, qui est outillé pour faire face à cette situation?

**M. Wolfson :** Il n'existe pas de réponse simple à cette question. Je vais me prononcer là-dessus selon la manière dont on présente la question à la page 12, soit sous deux angles : premièrement, les échanges d'information existants et la manière dont le statu quo est susceptible d'évoluer; et deuxièmement, les nouvelles questions qui devraient surgir.

J'aimerais être en mesure de dire que Statistique Canada peut tout faire, mais ce n'est pas vrai. Si nous remontons à l'époque avant la naissance de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, et au rapport du groupe de travail qui lui a donné lieu, ce groupe de travail avait conclu, premièrement, que notre système de renseignements sur la santé était sens dessus dessous. Il s'est amélioré considérablement depuis, mais le rapport avait proposé un conseil de coordination des renseignements sur la santé. Pour le meilleur ou pour le pire, cette recommandation n'a pas été adoptée. Nous avons le conseil de l'ICIS. L'autre recommandation d'ordre organisationnel était de créer l'ICIS, un amalgame de ce qu'il y avait à Statistique Canada et d'une partie de ce qu'il y avait à Santé Canada, en plus de plus deux organismes prédécesseurs, l'un traitant de données sur les malades et l'autre, de données financières.

Au début des années 1990, on avait évalué que les intervenants étaient si disparates qu'ils n'incluraient pas seulement les ministères fédéraux, mais également les ministères provinciaux et les hôpitaux. Chaque groupe a un rôle important à jouer, mais aucun ne se charge de tout. D'une manière ou d'une autre, il est nécessaire de les rassembler.

Le Conseil de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, a fait un merveilleux travail, mais il est légalement le conseil de l'entreprise privée sans but lucratif qu'est l'ICIS. Bien qu'il s'agisse là d'une bonne représentation, j'ignore s'il est l'organisme indiqué pour s'en charger. En conséquence, nous avons une lacune. Il y a eu le Forum national sur la santé, puis un comité sur l'information nommé par le ministre de la Santé, en 1997, qui a mené à la naissance de l'Inforoute Santé du Canada. Plusieurs

succeeded. Bringing all of these things together is an organizational challenge.

I agree with Mr. Halliwell that this privacy thing has swung too far over to one side. It is bottlenecking a lot of good potential work.

Statistics Canada used to work directly with the provinces and a lot of data flowed directly to us. With the creation of CIHI, however, the world changed. To eliminate overlap and duplication, they would flow the data to CIHI and then to us, but that has not worked famously. We have reopened discussions with the provinces. Notwithstanding what Mr. Halliwell said, to do the linkages we need the names and addresses. Once we have done the linkages, two or three people need to be able to see that; everyone else does not need to see it. We strip it off so that people have the substantive information without the nominal information. There is a subtle distinction between denormalizing — taking names off — and making things non-identifiable. That is where the risk management comes in. As I said in my remarks, I think Statistics Canada is well positioned, given the Statistics Act, to play an important role on the record linkage end of things and to bring together the vernacular and biomedical worlds.

Another concern is Infoway. I know a number of the people there fairly well, but until a year or so ago they were for good reasons focused entirely on the patient care perspective. It is only in the last year or so that we have had a number of discussions of increasing breadth about what some people call “secondary use.” I do not like that phrase because it connotes that using the data for something other than immediate patient care is of secondary importance, which is not at all true. Because of their legitimate concerns about the public reaction on privacy grounds, they have been leery of venturing into talking about that.

There is a tremendous potential in the design of these systems and the incentives that Infoway is able to give the provinces as they build these systems to say that, “You must be able to do this not only for the immediate patient care but also bearing in mind the tremendous potential population health uses of these data.” I think Infoway would well tell you that nobody has told them to do that, that it is not in their mandate. Statistics Canada cannot do that and CIHI cannot do that. The Infoway board presumably has to say that it is not what they were given money to do.

Who should do that? I think the first step is identifying that there is a question there.

We already have informal discussions — for example, amongst CIHI and Statistics Canada and the health council and in the future I think the Mental Health Commission of Canada — where we have tried to agree. We have indeed agreed so far that CIHI

efforts, au cours des années 1990, visaient à s'attaquer à cette question, mais aucun n'a porté ses fruits. Réunir tous ces éléments constitue un défi organisationnel.

Je suis d'accord avec M. Halliwell pour dire que cette question de protection des renseignements personnels est allée trop loin dans un sens. Elle entrave beaucoup de possibilités de bon travail.

Statistique Canada travaillait autrefois directement avec les provinces, et beaucoup de données nous étaient transmises de façon directe. Avec la création de l'ICIS, toutefois, la situation a changé. Pour éliminer les chevauchements et les recoupements, ils transmettaient les données à l'ICIS, et ensuite à nous, mais cela n'a pas très bien fonctionné. Nous avons rouvert les discussions avec les provinces. Malgré ce qu'en a dit M. Halliwell, pour effectuer le couplage des données, il nous faut les noms et les adresses. Une fois ces liens établis, deux ou trois personnes doivent pouvoir voir ces informations; il n'est pas nécessaire que d'autres les voient. Nous retirons des éléments pour que les gens aient l'information importante, sans les renseignements nominaux. Il existe une différence subtile entre dénormaliser — retirer les noms — et rendre les choses non identifiables. Et c'est là qu'intervient la gestion des risques. Comme je l'ai dit dans mes remarques, j'estime que Statistique Canada est en bonne position, compte tenu de la Loi sur la statistique, pour jouer un rôle important au chapitre du couplage des données et pour réunir les mondes vernaculaire et biomédical.

Une autre préoccupation concerne Inforoute. Je connais assez bien un certain nombre de gens à cette société, mais jusqu'à il y a un an environ, l'organisme se concentrait, pour de bonnes raisons, entièrement sur la perspective des soins dispensés aux malades. C'est seulement depuis un an, environ, que nous avons discuté à quelques reprises d'élargir ce que certains appellent l'« utilisation secondaire ». Je n'aime pas cette expression, car elle laisse entendre qu'utiliser les données pour autre chose que les soins immédiats aux patients a une importance secondaire, ce qui est tout à fait faux. En raison de craintes légitimes envers la réaction du public pour des motifs de protection de la vie privée, on a hésité à s'aventurer à en discuter.

Il existe un énorme potentiel sur le plan de la conception de ces systèmes et des incitatifs qu'Inforoute est en mesure d'accorder aux provinces, tandis qu'elles mettent sur pied ces systèmes, afin de leur dire : « Vous devez être capable de le faire, non seulement pour les soins immédiats aux patients, mais aussi en gardant en tête l'immense potentiel d'utilisation de ces données sur le plan de la santé des populations ». Je pense que les gens d'Inforoute Santé vous diront que personne ne leur a demandé d'appliquer une telle mesure, et que cela ne fait pas partie de leur mandat. Statistique Canada ne peut le faire, et l'ICIS non plus. Le conseil d'Inforoute dira probablement que ce n'est pas pour cela qu'on leur a accordé des fonds.

Qui devrait s'en charger? Je pense que la première étape consiste à reconnaître que la question se pose.

Nous avons déjà des discussions informelles — par exemple, entre l'ICIS, Statistique Canada, le Conseil de la santé ainsi que, dans l'avenir, je crois, la Commission de la santé mentale du Canada — où nous avons tenté d'en arriver à un consensus.



and Statistics Canada are principally in the data collection end of things and these other organizations, as they come into being, will not — except under particular circumstances — go out and collect their own data. Rather, they will use the existing infrastructure. Without any explicit coordination or direction, we have informally worked out a *modus vivendi* to try to minimize multiple data collection processes.

What you are hearing from me, Mr. Halliwell and Dr. Frank in particular, at least on the broader level — the Aboriginal issue is a special case — is that there are tremendous opportunities as we move toward more electronic information or as different things come down the road. However, there is no locus for the strategic planning of Canada's information system.

**Dr. Frank:** I am struggling with the same question. I think it is important to be clear about what is not in place. For example, almost every nation state in Europe, certainly those that do the best job of this sort of data collection, analysis and interpretation for policy purposes, has a national public health institute. They are very different than what I have run for seven and a half years at CIHR, because I have no scientists inside; I have four staff.

I have enjoyed it. It is the best job in Canada for someone with my credentials, but I do not get to do any research inside CIHR because it is not set up for that. Only 6 per cent of its budget is spent on anything other than flow through.

Where is the locus for pulling all this together? First, there is no legal framework to allow any agency or ministry to have the right level of authority to pull it together with the appropriate oversight, including ethical and legal oversight.

Second, it will not even be worth building if you do not attract the best minds. Right now, the best minds want to work in universities or hospital research institutes. They do not want to work in a federal agency. There are a few exceptions, including some at this table.

The younger generation worry that working for government will mean muzzling when there is a problem, when they find something that nobody wants to have aired. We have to change that by creating a structure — maybe a conjoint structure. It must have deep links to all of the structures that we have heard Mr. Wolfson and the others talk about.

We need a structure that has some autonomy. We need strong university appointments and then you can hire smart people to pull together in a mission-driven program — not single investigators at a time picking off what interests them. We do

Jusqu'ici, nous sommes tombés d'accord sur le fait que l'ICIS et Statistique Canada s'occupent principalement de la collecte de données, et que ces autres organismes, à mesure qu'ils voient le jour, n'entreprendront pas — sauf dans des circonstances exceptionnelles — d'aller recueillir leurs propres données. Au lieu de cela, ils utiliseront l'infrastructure existante. Sans aucune coordination ni direction explicites, nous avons élaboré, de manière informelle, un *modus vivendi* pour tenter de réduire les multiples processus de collecte de données.

Ce que vous m'entendez dire, monsieur Halliwell et Dr Frank en particulier, au moins de façon générale — et la question autochtone est spéciale —, c'est qu'il y a des possibilités formidables tandis que nous allons vers des renseignements davantage électroniques, ou que nous attendent diverses choses. Toutefois, il n'y a pas de lieu où l'on est responsable de la planification stratégique du système d'information canadien.

**Dr Frank :** Je suis confronté à la même question. Je pense qu'il est important de bien comprendre ce qui n'est pas en place. Par exemple, pratiquement tous les États-nations d'Europe, qui sont certainement ceux qui accomplissent le meilleur travail pour ce qui est de ce genre de collecte, d'analyse et d'interprétation de données à des fins de politiques, ont un institut national de santé publique. Ils sont bien différents de ce que j'ai dirigé pendant sept ans et demi, aux Instituts de recherche en santé du Canada, parce que je n'ai aucun scientifique à l'interne; j'ai quatre employés.

J'ai aimé exercer ces fonctions. C'est le meilleur travail que puisse trouver, au Canada, quelqu'un qui a des titres de compétences comme les miennes, mais je n'ai pas l'occasion de faire de la recherche au sein des IRSC, car l'organisme n'est pas conçu à cette fin. Seulement une part de 6 p. 100 du budget des IRSC va à autre chose qu'aux entités intermédiaires.

Qui s'occupe de mettre tout cela ensemble? Premièrement, il n'y a aucun cadre juridique qui permette à une agence ou à un ministère d'avoir le niveau d'autorité approprié pour réunir tout cela en exerçant la surveillance qui convient, y compris une surveillance éthique et juridique.

Deuxièmement, il ne vaudra même pas la peine de mettre sur pied une telle institution si on n'attire pas les meilleurs cerveaux. En ce moment, les personnes les plus brillantes souhaitent travailler dans les universités ou les instituts de recherche médicale. Elles ne veulent pas travailler pour un organisme fédéral. Mais il y a quelques exceptions, dont certaines personnes à cette table.

La jeune génération craint que travailler pour le gouvernement signifiera qu'on sera bâillonné s'il y a un problème, lorsqu'on trouvera une information que personne ne souhaite voir publicisée. Nous devons changer cela en créant une structure — peut-être une structure conjointe. Elle devrait avoir des liens étroits avec toutes les structures dont M. Wolfson et les autres nous ont parlé.

Nous avons besoin d'une structure qui a une certaine autonomie. Il nous faut de solides titulaires en milieu universitaire, puis on pourra embaucher des éléments brillants qui joindront leurs efforts dans un programme axé sur une

that great at CIHR. To get a mission-driven program, you need a governance structure in an actual institution whose job it is to do this for a nation state. I do not see any alternative.

**The Chair:** What do you mean by “institution” exactly, Dr. Frank?

**Dr. Frank:** I use it in that broad way that Fraser Mustard uses it. You have to have a structure that has a legal basis for its authority and sufficient autonomy that it can tell the truth to the Canadian people and policy-makers; but it needs to be sufficiently arm’s-length from ministerial work — that is, line ministerial reporting — so that it attracts really smart people who need autonomy or they will not work.

**Mr. Wolfson:** The system is clearly federal and provincial. That is a major stumbling block in terms of creating an overarching structure of any sort.

**The Chair:** That is the same as Inforoute. You will recall the conversations we all listened to for days as we tried to create Inforoute.

We really must address this. I am hoping that we come out of the meeting this evening with some concept that we can enrich. In other words, the resources seem to be there if we could get them together. Is that a reasonable observation? Are you unsure?

**Mr. Wolfson:** There are several different categories of resources. For example, several of us have made reference to the importance of longitudinal data. I understand we have a cancer cohort at the cost of \$90 million. That is a large resource. It is not clear how much of it will be a population health rather than a genomics-oriented kind of cohort.

Inforoute has money to get things started. They are paying a fraction, but the provinces are highly variable in their take-up and which areas they choose to do first.

Everyone will say that standardizing the information collected at the hospital, at the doctor’s office and at the lab is a great idea; but what if you already have a substantial cost sunk into setting up your system in each jurisdiction, and nobody got there early enough to say you should collect the information in this common way?

We take for granted cause of death, because 100 years ago the World Health Organization developed a classification system. When you get into other areas — What is the reason you went to see the doctor? — there are many different classification schemes across the country. Manitoba can do something within Manitoba, but when you want to start comparing across provinces, those things become more challenging.

mission — et non des chercheurs individuels, de manière ponctuelle, qui choisiront ce qui les intéresse. Aux IRSC, nous le faisons très bien. Pour avoir un programme axé sur une mission, il faut une structure de gouvernance dans une véritable institution, qui remplira ce mandat pour un État-nation. Je ne vois aucune autre solution.

**Le président :** Qu’entendez-vous exactement par « institution », docteur Frank?

**Dr Frank :** J’utilise cette expression au sens large que lui donne Fraser Mustard. Il faut qu’on ait une structure dont l’autorité s’appuie sur une base légale, et qui a une autonomie suffisante pour pouvoir dire la vérité à la population canadienne et aux décideurs; mais elle doit aussi être assez indépendante du travail ministériel — c’est-à-dire de la voie hiérarchique des ministères responsables — pour pouvoir attirer des gens vraiment brillants qui ont besoin d’autonomie, ou cela ne fonctionnera pas.

**M. Wolfson :** Le système est clairement de nature fédérale et provinciale. C’est un point d’achoppement majeur pour ce qui est de la création d’une structure générale.

**Le président :** La même chose vaut pour Inforoute. Vous vous souviendrez tous des conversations que nous avons entendues pendant des jours, alors que nous tentions de créer Inforoute.

Nous devons réellement régler cette question. J’espère que nous sortirons de cette réunion, ce soir, avec un certain concept que nous pourrions enrichir. Autrement dit, les ressources semblent être là, si nous arrivons à les rassembler. Est-ce une observation raisonnable? Avez-vous des doutes?

**M. Wolfson :** Il y a plusieurs catégories de ressources différentes. Par exemple, certains d’entre nous ont fait allusion à l’importance des données longitudinales. D’après ce que j’ai compris, nous avons une étude par cohortes sur le cancer au coût de 90 millions de dollars. C’est une grande ressource. On ne sait pas vraiment dans quelle mesure il s’agira d’une cohorte axée sur la santé de la population plutôt que sur la génomique.

Inforoute a les fonds pour mettre les choses en branle. L’organisme paie une fraction du coût, mais la participation des provinces et les domaines dont elles choisissent de s’occuper en premier varient considérablement d’une province à l’autre.

Tout le monde dira que normaliser l’information recueillie dans les hôpitaux, les cabinets des médecins et les laboratoires est une excellente idée; mais qu’en est-il si une somme considérable a déjà été engloutie dans la mise en place de chacun des systèmes provinciaux, sans que personne ne se soit présenté assez tôt pour préciser qu’il fallait recueillir l’information selon ce mode commun?

Nous tenons pour acquis les causes de décès, parce qu’il y a 100 ans, l’Organisation mondiale de la santé a mis au point un système de classification. Quand on aborde d’autres domaines. Pour quelle raison avez-vous consulté le médecin? — il existe de nombreux systèmes de classification différents à l’échelle du pays. Le Manitoba peut faire quelque chose à l’intérieur de la province, mais quand on voudra établir des comparaisons entre les provinces, les choses se compliqueront.



Money helps. Where is the incentive to say we would like, at the national level, to incent the provinces not only to develop these systems but to develop them in a way that has standards? Infoway is doing that at quite a range of levels, but from a population health point of view, I do not know that there is enough money. There is no money on the table for that.

In the research area, Mr. Halliwell was talking about doing experiments. Those are very expensive. There is no money for that.

**Mr. Halliwell:** As an observation on that, in a sense we are holding out this ideal that we would have a pan-Canadian system equivalent to the one that the Manitoba centre put together, but we are feeling like someone needs to take charge of it. If that happened and we could deal with some of the privacy restrictions, maybe we could make it.

My concern is why, with the wonderful example of what has been done in Manitoba, other provincial jurisdictions have not said they want one of those as well and made the investment to make it happen. It has happened in fits and starts; I think British Columbia probably has a good one, but other provinces have not really taken that step.

I am a bit concerned that even with national impetus and the privacy barrier in some sense surmounted, the failure to have 10 of these systems, which would be an enormous step forward from where we are now, might be symptomatic of something profound and deep about our lack of commitment to evidence-based decision making in this particular business.

**Senator Eggleton:** Dr. Frank, regarding the institute you were talking about a few moments ago, is there a model? I am trying to get a clear understanding of how this would work.

**Dr. Frank:** I would visit Scandinavia. All the Scandinavian countries have such a structure, where there is a strong intramural program with some of the top minds and strong ties to the university.

I hesitate to add something to the mix. It is duck soup. The list of organizations, agencies, structures, commissions and offices is bewildering, even at the federal level. You can hardly figure out who does what. It is not set up in the best way to secure the right kind of minds, the right data with the links to the policy-makers to ask the right questions.

Have you visited a few Northern and Western European models? It would be worth having a look.

**The Chair:** We have interviewed them by video conference, but we have not visited.

L'argent aide. Où est l'incitatif pour affirmer que nous voudrions, à l'échelle nationale, encourager les provinces non seulement à mettre au point ces systèmes, mais à le faire d'une manière qui comporte des normes? Inforoute accomplit cela à bien des niveaux, mais dans une perspective de santé de la population, je ne pense pas qu'il y ait suffisamment d'argent. Il n'y a pas d'argent sur la table à cette fin.

Dans le domaine de la recherche, M. Halliwell parlait de faire des expériences. Mais elles sont très coûteuses; il n'y a pas d'argent pour cela.

**M. Halliwell :** En guise de remarque là-dessus, je dirais que, dans un sens, nous entretenons cet idéal d'avoir un système pancanadien équivalent à celui constitué par le centre manitobain, mais nous avons le sentiment que quelqu'un doit s'en charger. Si cela se réalisait et que nous pouvions composer avec certaines restrictions relatives à la protection des renseignements personnels, peut-être pourrions-nous y arriver.

Ce qui me préoccupe, c'est de savoir pourquoi, avec le merveilleux exemple de ce qui a été fait au Manitoba, les autres gouvernements provinciaux n'ont pas déclaré qu'ils souhaitaient également une institution de ce genre, en faisant les investissements nécessaires pour concrétiser le projet. Cela s'est produit par bribes; je crois que la Colombie-Britannique a probablement un bon organisme, mais les autres provinces n'ont pas réellement pris de mesures en ce sens.

Je suis un peu préoccupé par le fait que, même avec une impulsion nationale et la barrière du privé qui est, dans un certain sens, surmontée, le fait de ne pas réussir à avoir 10 systèmes de ce type — ce qui constituerait un énorme progrès par rapport à la situation actuelle — pourrait être symptomatique d'un réflexe profondément ancré relativement à notre manque d'engagement à l'égard de la prise de décisions fondées sur des preuves dans ce domaine particulier.

**Le sénateur Eggleton :** Docteur Frank, en ce qui concerne l'institut auquel vous avez fait allusion tout à l'heure, existe-t-il un modèle? J'essaye de bien comprendre comment cela fonctionnerait.

**Dr Frank :** Je visiterais la Scandinavie. Tous les pays scandinaves ont une telle structure, où un solide programme est mis en œuvre au sein d'une institution qui fait appel à des chercheurs de haut calibre, et qui a des liens étroits avec le monde universitaire.

J'hésite à ajouter quelque chose au mélange. La liste d'organismes, d'agences, de structures, de commissions et de bureaux est ahurissante, même au palier fédéral. On arrive à peine à déterminer qui fait quoi. Ce n'est pas conçu de la meilleure façon pour s'assurer les bons types de cerveaux et les bonnes données, en plus des liens avec les décideurs pour poser les questions qu'il faut.

Avez-vous examiné quelques modèles nord-européens et ouest-européens? Cela vaudrait la peine.

**Le président :** Nous avons interrogé des responsables de ces modèles par vidéoconférence, mais nous ne les avons pas visités.

**Dr. Frank:** Do not bother to going to Scotland; they do not have it figured out either, and they have only 5 million people.

**The Chair:** I get the feeling we are close, whether we advocate the adoption of the Manitoba model or whether we try to create some overarching structure. No delusions, by the way. Mr. Halliwell, I agree.

**Senator Cook:** From my understanding, you have all of this wonderful data but no one is sure how to use it. Am I correct in thinking that way? I will finish with the second part of my question. It seems there are barriers to progress. Would you like to elaborate what the barriers are and how you would eliminate them, if you had a wish list? We are in a hurry to improve public health for the population of this country to live better lives. We have to eliminate the barriers and develop some realistic processes.

**Mr. Wolfson:** On your first comment about how to use the data, Mr. Halliwell put his finger on it. It is one thing to be able to describe the problem. We have reasonably good data that tells us at a point in time about the distribution of health status and where the inequities are. It is quite another thing to know what to do about it. The gap that Mr. Halliwell identified in intervention research strikes me as the bottleneck.

One of the barriers is privacy. I hesitate to use the word, but I will say the phrase "privacy chill." There is a legitimate concern that we have not quite struck the right balance in research, policy analysis and effective communication of information to the Canadian public. I do not want for a moment to minimize the importance of privacy and confidentiality, and certainly at Statistics Canada it is a deep part of our culture to be extremely careful and protective of privacy. However, we have to be able to use these data. As a data analyst, I like to say, "Make the data sing and dance."

Another barrier, which we just talked about, is the institutional structures. There are many players — federal, provincial and local — and some things are at the discretion of a hospital or regional health board as opposed to a provincial or federal government. All of these players have to have a common view and be willing to work together.

**Mr. Halliwell:** What you have been after, Dr. Keon, is whether we have the bricks for the wall or are we just missing the mortar. Perhaps that was your question as well. Senator Cook.

My own instincts are that relative to the situation prior to the first Health Information Roadmap, we now have a great deal of bricks. We also have a lot of public support for this kind of thing were we to work around the barriers that come from the elites. For this, I will need help from Mr. Wolfson on the specific statistic. When people fill out their questionnaire for the National Population Health Survey or for the Canadian Community

**Dr Frank :** Ne vous donnez pas la peine d'aller en Écosse; les Écossais n'ont pas réussi à résoudre la question, eux non plus, alors qu'ils sont cinq millions.

**Le président :** J'ai l'impression que nous nous en approchons, que nous préconisons l'adoption du modèle manitobain ou que nous tentions de créer une structure générale. Soit dit en passant, je ne m'illusionne pas, monsieur Halliwell. J'en conviens.

**Le sénateur Cook :** Si je comprends bien, vous avez toutes ces merveilleuses données, mais personne n'est certain de la manière de les utiliser. Ai-je raison de penser ainsi? Je termine avec le second volet de ma question. Il semble y avoir des entraves au progrès. Voudriez-vous nous en dire plus sur la nature de ces obstacles et sur la façon dont vous vous y prendriez pour les éliminer, si vous le pouviez? Il nous tarde d'améliorer la santé publique dans ce pays afin que nous puissions mieux vivre. Nous devons éliminer les barrières et mettre au point des procédés réalistes.

**M. Wolfson :** Pour ce qui est de votre premier point au sujet de l'utilisation des données, M. Halliwell a bien cerné le problème. Il est bien de pouvoir décrire le problème. Nous disposons de données raisonnablement bonnes qui nous disent quelle est, à un moment donné, la répartition de l'état de santé et où se situent les iniquités. Toutefois, il faut aussi savoir que faire de ces données. La lacune identifiée par M. Halliwell en matière de recherche sur l'intervention me semble être le goulet d'étranglement.

Un des obstacles est la protection de la vie privée. J'hésite à employer l'expression, mais je vais parler du « froid jeté par la protection de la vie privée ». On craint, à bon droit selon moi, que nous n'ayons pas tout à fait frappé le bon équilibre en matière de recherche, d'analyse de politiques et de communication efficace de l'information au grand public canadien. Loin de moi l'idée de vouloir minimiser l'importance de la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des données, et à Statistique Canada, nous avons comme valeur bien ancrée de garder jalousement la vie privée et d'être extrêmement prudents à son égard. Cependant, il faut pouvoir utiliser ces données. En tant qu'analyste de données, j'aime bien dire qu'il faut faire parler les données.

Un autre obstacle dont nous venons tout juste de parler vient des structures institutionnelles. Il y a de nombreux intervenants aux niveaux fédéral, provincial et local —, et certaines décisions sont laissées à la discrétion de l'hôpital ou de la régie régionale de la santé plutôt qu'au gouvernement provincial ou fédéral. Il faut que tous ces intervenants aient une position commune et qu'ils soient disposés à travailler ensemble.

**M. Halliwell :** Ce que vous demandez à savoir, docteur Keon, c'est si nous avons déjà la matière première ou s'il ne manque que le liant. Peut-être était-ce là votre question également, sénateur Cook.

D'instinct, je dirais que, par rapport à la situation qui régnait avant le premier Carnet de route de l'information sur la santé, nous disposons désormais d'une grande partie de la matière première. Le grand public appuie massivement ce genre d'initiative, si nous arrivions à contourner les obstacles créés par les élites. À cette fin, j'aurai besoin de l'aide de M. Wolfson pour une statistique particulière. Quand les gens remplissent leur



Health Survey, they are asked at the very end whether they would share this record with Health Canada for research purposes. My recollection is that about 95 per cent of them said yes. Health Canada could have that micro-record. They supported it. That is perhaps indicative of the level of trust in Health Canada as an institution, but it is also indicative of the level of trust that Statistics Canada has.

Similarly, I believe the National Population Health Survey for years has been asking if they can link people's OHIP or Quebec health record with this data in order to conduct research. My recollection is that there was a very high check-off rate on that as well.

The vast majority of Canadians understand this, providing you are talking about institutions in which they have a level of trust. They are willing to do it and to support it but, somehow at some higher level, we are not getting the key ingredient to begin turning this pile of bricks into a wall. I am not quite sure I understand it, to be honest.

**Senator Cook:** Surely the people we are seeking to serve have done this. Where do the higher-ups that you reference get a mandate to put a brick in your way?

**Mr. Wolfson:** We are engaged in the longitudinal health and administrative data initiative. It is precisely to take the 300,000 to 400,000 health survey responses where the people interviewed said that we could link to their provincial health records and then go to the province and ask for the records. We have a constitutional mandate, the federal Statistics Act and the peoples' permission. Yet it has taken us two years, and we are just on the verge of signing memoranda of understanding with at least three or four provinces. For each province, our lawyer has had to talk to their lawyer and go down through the Privacy Act and their health act and explain that it is legal, but officials in these ministries are nervous and their best way to minimize risk is to not release the data.

**Senator Cook:** Yet the people we would serve have said yes to doing it. Is Newfoundland one of those three or four provinces?

**Mr. Wolfson:** Actually, at the meeting we had last week Newfoundland was one of two provinces that entered into a race to see who could be first to sign the MOU.

questionnaire aux fins de l'Enquête nationale sur la santé de la population ou de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on leur demande à la toute fin s'ils acceptent que ces données soient utilisées par Santé Canada à des fins de recherche. Si ma mémoire est bonne, 95 p. 100 d'entre eux acceptent, de sorte que Santé Canada pourrait avoir ce micro-fichier. La population en a approuvé le principe. Voilà qui est peut-être révélateur du niveau de confiance qu'on porte à Santé Canada en tant qu'institution, ainsi que du niveau de confiance dont jouit Statistique Canada.

De la même façon, je crois que l'Enquête nationale sur la santé de la population demande depuis des années aux répondants s'ils acceptent que ces données soient mises en corrélation avec les données sur la santé du RAMO ou de la RAMQ à des fins de recherche. Si je ne m'abuse, le taux d'acceptation à cet égard était également très élevé.

La grande majorité des Canadiens sont conscients du besoin de recherche, à condition qu'elle soit faite par des institutions auxquelles ils font confiance. Ils sont disposés à permettre l'utilisation des données et à l'appuyer mais, quelque part dans les hautes sphères, on nous refuse l'ingrédient clé qui nous permettrait de transformer cette matière première en produit fini. Je ne suis pas sûr d'en comprendre la raison, pour être tout à fait honnête avec vous.

**Le sénateur Cook :** Les personnes au service desquelles nous travaillons l'ont sûrement fait. D'où les autorités dont vous parlez tiennent-elles leur mandat pour mettre ainsi des bâtons dans les roues?

**M. Wolfson :** Nous participons à l'initiative relative à l'enquête longitudinale et à la collecte de données administratives. Elle vise justement à utiliser les 300 000 à 400 000 réponses reçues dans le cadre de l'enquête sur la santé, durant laquelle les personnes interrogées nous ont autorisés à corréler ces données avec leurs dossiers de santé provinciaux, puis de demander à la province de nous fournir ces dossiers. Nous en avons le pouvoir constitutionnel, grâce à la Loi fédérale sur la statistique et au consentement des personnes concernées. Pourtant, il nous a fallu deux ans de discussions, et nous sommes sur le point de signer des protocoles d'entente avec au moins trois ou quatre provinces. Chaque fois, il a fallu que notre avocat s'entretienne avec l'avocat provincial, qu'il lui explique dans le détail la Loi sur la protection des renseignements personnels et la loi provinciale de la santé, qu'il lui prouve que tout est dans les règles, mais les fonctionnaires de ces ministères sont nerveux, et le meilleur moyen qu'ils ont trouvé pour minimiser le risque est de ne pas divulguer les données.

**Le sénateur Cook :** Pourtant, les personnes au service desquelles nous travaillons ont autorisé leur utilisation. Terre-Neuve est-elle du nombre?

**M. Wolfson :** En réalité, à la réunion que nous avons eue la semaine dernière, Terre-Neuve était l'une des deux provinces entrées dans la course pour être la première à signer un protocole d'entente.

**The Chair:** We will move away from the broad organization, which we hope to promote for population health, and get down to the community that we are zeroing in on now: Aboriginal health. I am aware of many of the challenges. When it comes to an information system that would be helpful in Aboriginal health, some areas are already beginning to create some autonomous data banks.

What should be the information technology approach to Aboriginal health? You have to tell us about what you are doing to gather information on air, water and food.

**Mr. Brooks:** The information systems I was referring to, the Integrated Capital Management System, it is not a health system whatsoever. It is more of a life cycle system to gather information, which we believe can be used to help to figure some of the factors of the determinants of health.

We do have the First Nations Statistical Institute, but several First Nations communities or First Nations groups have refused to participate in the census, which has basically left a void in activities. Data gathering has been difficult.

I am positive that Mr. Wolfson can speak more eloquently than I as to what is and is not happening. Part of the purpose of the statistical institute, since it will be run by First Nations, is to gather the right information. We are working very closely with Statistics Canada on this. There is definitely a vehicle in the statistical institute that can help gather some of the data.

In terms of gathering all the determinants you are looking for, the system we currently have, which, as I mentioned, is more of a life cycle system, is narrowly focused in the area I am responsible for, physical assets. It does not look at other aspects, recognizing that if you do not have good physical infrastructure, you will probably not have successful healthy outcomes. There are such things as housing, water, waste water and things of that nature.

I realize I am not answering the question the way you would like me to answer it, Senator Keon, because it is a little beyond the scope of what I do. However, there are systems at play that I think, from our perspective as a department, we could work with along with my colleagues around the table to improve the First Nations outcomes. This is more specific than just Aboriginal writ large, as most Aboriginals are off reserve and would probably be captured by the majority of provincial systems right now.

**Mr. Wolfson:** This is a challenging area, as I am sure you appreciate, not least because quite a few on-reserve Aboriginal groups have articulated a principle called OCAP: ownership, control, access and possession. From the point of view of a national statistical system, it would be unfortunate if a completely

**Le président :** Nous allons maintenant nous éloigner de l'organisation plus générale, que nous espérons promouvoir pour la santé de la population, et en venir à celle de la communauté que nous ciblons actuellement, soit les Autochtones. Je suis conscient des nombreux obstacles à surmonter. Pour ce qui est d'avoir un système d'information qui serait utile en matière de santé autochtone, certaines régions sont déjà en train de mettre sur pied des banques de données autonomes.

Quelle devrait être l'approche adoptée en matière de santé autochtone, sur le plan de la technologie de l'information? Il faut nous dire ce que vous êtes en train de faire pour réunir des données sur l'air, l'eau et l'alimentation.

**M. Brooks :** Le système d'information que j'ai mentionné, soit le Système intégré de gestion des immobilisations, n'a rien à voir avec la santé. Il s'agit davantage d'un système sur la durée de vie des immobilisations en vue de recueillir de l'information que nous croyons pouvoir utiliser pour cerner certains facteurs d'influence sur les déterminants de la santé.

Il existe effectivement un Institut de statistiques des Premières nations, mais plusieurs collectivités ou groupes des Premières nations ont refusé de participer au recensement, ce qui a essentiellement créé un vide. La collecte de données a été difficile.

Je suis sûr que M. Wolfson peut vous parler avec plus d'éloquence que moi de ce qui se passe et de ce qui ne se fait pas. L'Institut de statistiques a pour objet, en partie, puisqu'il sera dirigé par les Premières nations, de réunir les bonnes données. Nous travaillons en étroite collaboration avec Statistique Canada à cet égard. Il y a nettement moyen pour l'Institut de statistiques de nous aider à réunir certaines de ces données.

Pour ce qui est de réunir tous les déterminants dont vous avez besoin, le système actuel qui, comme je l'ai mentionné, vise davantage la durée de vie utile est strictement axé sur ce dont je suis responsable, soit les biens immobiliers. Il ne tient pas compte des autres aspects, étant donné que si vous n'avez pas de bonnes infrastructures matérielles, vous n'obtiendrez probablement pas de bons résultats sur le plan de la santé. Il cible des secteurs comme le logement, l'eau et les eaux usées.

Je me rends compte que je ne vous fournis pas tout à fait la réponse demandée, sénateur Keon, mais ce genre de travail ne correspond pas vraiment à ce que je fais. Cependant, il existe des systèmes qui selon moi, du point de vue de notre ministère, pourraient nous être utiles, à moi et aux collègues réunis ici, pour améliorer les résultats en ce qui concerne les Premières nations. Ce travail est un peu plus particulier que de simplement réunir des données sur les Autochtones, puisque la plupart d'entre eux vivent à l'extérieur de la réserve et seraient probablement inclus dans la majorité des systèmes provinciaux actuellement.

**M. Wolfson :** C'est un domaine qui pose un grand défi, comme vous le savez, j'en suis sûr, surtout parce qu'un bon nombre de groupes autochtones vivant dans les réserves ont adopté le principe appelé PCAP, soit la propriété, le contrôle, l'accès et la possession. Dans la perspective d'un système statistique national,



independent statistical system for on-reserve individuals were to emerge.

From the point of view of a national statistical system, two key principles are fundamental. One is that there be at least some common core of information that is collected in exactly the same way as for the rest of the country so that one can make reasonably valid comparisons. The other is that, from a statistical point of view, there are internationally accepted principles about objectivity, no political interference and, in effect, no prior checking or censorship of results from statistical endeavours and the publication of results. Hopefully the First Nations Statistical Institute can play an important role there.

A final point is that roughly two thirds of the Aboriginal population are not living on reserves, so they are within the scope of the data that Statistics Canada already collects, for example, in the Canadian Community Health Survey, the Census of Population and the post-census surveys of Aboriginals and Aboriginal children. There is quite a lot of data there.

A potential opportunity is that by and large provincial health care systems do not have any kind of Aboriginal identifier on them. It is not easy to imagine how they would do that. If we were not quite so nervous about privacy — and Statistics Canada is very stringent on rules and policies for this — maybe we could imagine some sort of record linkage program that would allow one to begin to generate an Aboriginal health information system including, for example, the health care encounters that would allow some analysis based on Aboriginal identity, at least as well as we are able to capture it on our various surveys.

**Mr. Halliwell:** I will disagree somewhat with Mr. Wolfson, and I will use an illustrative point I got from him against his point here.

I will say first that the anecdote he shared with me took place in the late 1800s, with a doctor I believe in Chicago, who began keeping card files on his patients so that he could find out how they were doing a year later. In some sense, there was no information technology involved in that. It was a simple case of wanting to acquire information.

I have a bit of a concern — and this is a personal view — that our efforts to try to create a world standard, coherent and statistical system, especially on-reserve, have tended to flounder so far, yet maybe the kind of information we really want to obtain is by smaller units, instead of being able to do league table comparisons to see how we did next to a comparable band or how we did relative to Canada as a whole, which is often fraught with political danger.

il serait malheureux qu'on mette sur pied un système statistique complètement indépendant de collecte de données sur les personnes habitant dans les réserves.

Deux principes clés sont à la base<sup>2</sup> de tout système statistique national. D'une part, il faut qu'il existe au moins un noyau commun d'informations réunies exactement de la même façon partout au pays, de manière à pouvoir faire des comparaisons raisonnablement valables. D'autre part, d'un point de vue statistique, il existe des principes internationalement reconnus : l'objectivité, l'absence d'ingérence politique et, dans les faits, l'absence de vérification préalable ou de censure des résultats issus d'enquêtes statistiques et la publication des résultats. Avec un peu de chance, l'Institut de statistiques des Premières nations peut jouer un rôle important à cet égard.

Le dernier point que j'aimerais signaler, c'est que les deux tiers à peu près de la population autochtone n'habitent pas dans les réserves, de sorte qu'ils sont déjà inclus dans les données que réunit Statistique Canada, par exemple dans le cadre de son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, du recensement et des études d'évaluation postcensitaires des Autochtones et des enfants autochtones. Toutes ces analyses fournissent beaucoup de données.

Une éventuelle possibilité vient du fait qu'en règle générale, les systèmes provinciaux de soins de santé n'incluent pas d'identificateurs des Autochtones dans leurs données. Je conçois mal comment ils pourraient le faire. Si nous n'étions pas aussi nerveux au sujet de la protection de la vie privée — et Statistique Canada est très strict dans l'application des règlements et des politiques à cet égard —, peut-être pourrions-nous trouver un moyen quelconque d'établir des liens qui permettraient de commencer à produire de l'information sur la santé des Autochtones, y compris, par exemple, les interventions en matière de soins de santé qui permettraient de faire certaines analyses basées sur l'identité autochtone, du moins dans la mesure où nous sommes capables de saisir ces données dans le cadre de nos diverses enquêtes.

**M. Halliwell :** Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce que vient de dire M. Wolfson et je vais me servir, pour m'expliquer, d'un point qu'il a lui-même fait valoir.

Je dois dire tout d'abord que l'anecdote qu'il m'a racontée date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et portait sur un médecin de Chicago, je crois, qui a commencé à tenir des fiches sur ses patients de manière à pouvoir déterminer si leur état s'améliorait d'année en année. En un certain sens, aucune technologie de l'information n'était en jeu. C'était simplement le désir d'avoir de l'information.

Je crains un peu — et c'est là une opinion personnelle — que les efforts déployés en vue d'établir une norme mondiale, un système cohérent et statistique, surtout dans les réserves, ont eu tendance à se cantonner dans le vague jusqu'ici et, pourtant, peut-être que le genre d'information que nous souhaitons vraiment obtenir se trouve dans de plus petits échantillons. Plutôt que de pouvoir faire des comparaisons à grande échelle pour voir comment nous nous en sommes sortis par rapport à une bande comparable ou au Canada tout entier, une tâche souvent pleine d'écueils politiques, il serait peut-être plus utile de limiter le champ d'enquête.

Maybe what one would really want to know is how we are doing relative to last year or how we are doing relative to five years ago. As long as you begin doing it on a comparable basis, even if you are doing it within individual communities, it forces you to take ownership of how you are doing over time in your own area. You will not be able to compare with national data or other jurisdictions, and that is often advantageous in forcing people to focus on issues — for instance, our department's experience with international comparisons of adult literacy and the attention it brings to the file. However, maybe something that starts out simple and is built over time will be their first potato chip, to carry on with the analogy from my remarks.

**Mr. Wolfson:** I do not disagree with Mr. Halliwell in one sense. I am trying to remember the names of the two British Columbia researchers who have been doing seminal work in B.C. about suicide rates. Their names are Chandler and Lalonde. They went community by community and looked at the suicide rate, which varied from zero in some First Nations communities to very high in others. This is basic information, so one does not have to have a fancy gathering system.

It is crucial, however, not only to be able to measure that in a way that is standardized but also to begin to pick out what the co-variables are, what other things are going on between these communities that account for these dramatic differences in suicide rate. There again, it does not have to be a high-tech or totally electronic system. What is crucial is that it is done in a systematic and rigorous way with agreed-upon concepts.

**Senator Callbeck:** My brief question is on the electronic health records. I know that my own province of Prince Edward Island in the last two years has made great progress, and I understand many other provinces have as well. We have had witnesses refer to a pan-Canadian system. That has been brought again up today.

However, I think I heard one of you say that someone has to grab a hold of this. Did I hear properly? Who is responsible for this system? Who is leading the initiative?

**Mr. Wolfson:** I hesitate to tread here. Dick Alvarez is the CEO of Canada Health Infoway. He has a large sum of money from the federal government and a board of directors that includes provincial deputy ministers; and he, his staff and his organization make a series of bilateral arrangements, as I understand it, with this province, that health region or that physician group to help fund the development of particular kinds of software, the initial focus being on diagnostic imaging, moving into labs and pharmaceutical information systems.

Each province is autonomous. There is clearly an effort on Infoway's part to make a software system once and encourage other provinces, if they are willing, to make a copy of it and adapt

On aimerait peut-être savoir en réalité quels sont les résultats par rapport à l'année précédente ou cinq ans plus tôt. Tant qu'on le fait sur une base comparable, même si on le fait au sein de collectivités individuelles, on est obligé d'assumer la responsabilité de ce qu'on fait dans sa propre région. On sera incapable de comparer ces données aux données nationales ou à celles d'autres compétences, ce qui est souvent avantageux parce que cela oblige les gens à se concentrer sur certains problèmes — par exemple, l'expérience de notre ministère dans les comparaisons internationales en matière de littératie des adultes et l'attention qu'elles attirent sur la question. Cependant, peut-être qu'un simple projet bâti au fil des ans reviendra à ouvrir le sac de croutilles, pour en revenir à ce que je disais tout à l'heure.

**M. Wolfson :** En un certain sens, je souscris à ce que dit M. Halliwell. J'essaie de me rappeler le nom de deux chercheurs de la Colombie-Britannique qui font de la recherche pionnière là-bas sur les taux de suicide. J'y suis : Chandler et Lalonde! Ils ont visité les collectivités une à une pour en examiner le taux de suicide, qui variait de nul dans certaines localités des Premières nations à très élevé dans d'autres. Il s'agit d'information de base, de sorte qu'on n'a pas besoin d'un système de collecte perfectionné.

Toutefois, il est crucial non seulement de pouvoir mesurer ces données d'une manière normalisée, mais également de commencer à cerner les covariants, c'est-à-dire les autres phénomènes qui jouent entre ces collectivités et qui expliquent les écarts draconiens dans les taux de suicide. Je répète qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux techniques d'avant-garde, à de la haute technologie ou d'avoir un système entièrement électronique. L'important, c'est que la collecte se fasse de manière systématique et rigoureuse selon des principes adoptés par tous.

**Le sénateur Callbeck :** J'ai une petite question au sujet des dossiers de santé électroniques. Je sais que dans ma propre province, l'Île-du-Prince-Édouard, au cours des deux dernières années, on a fait d'énormes progrès, et je crois savoir que c'est le cas également de nombreuses autres provinces. Nous avons entendu des témoins nous parler d'un système pancanadien. Il en a encore été question aujourd'hui.

Toutefois, je crois avoir entendu l'un d'entre vous dire qu'il faut bien que quelqu'un en assume le contrôle. Ai-je bien entendu? Qui est responsable du système? Qui dirige l'initiative?

**M. Wolfson :** J'hésite à m'aventurer sur ce terrain. Dick Alvarez est le PDG de l'Inforoute santé du Canada. Il a à sa disposition d'énormes fonds du gouvernement fédéral et un conseil d'administration qui inclut les sous-ministres des provinces; de plus, lui, son personnel et son organisme concluent toute une série d'arrangements bilatéraux, si j'ai bien compris, avec telle province, telle régie de la santé ou tel groupe de médecins pour aider à financer le développement de ce genre particulier de logiciels, l'accent initial étant mis sur la visualisation diagnostique, l'inclusion des laboratoires et des systèmes d'information des pharmacies.

Chaque province est autonome. De toute évidence, l'Inforoute déploie des efforts en vue d'établir une fois pour toutes un système logiciel et d'encourager d'autres provinces, si elles le veulent, à le



it so that Canada can realize economies of scale. However, there is a clear requirement, as I understand it, for interoperability, though I think that is as far as Infoway goes.

From the point of view of using the data in a Manitoba centre-like way across the country, nobody is in charge of that. Both CIHI and Statistics Canada are keen because we see it as a tremendous strategic opportunity to greatly improve the health information of the country, both from a population health and a health services information point of view, but we have no sticks or even many carrots. It is moral suasion.

**Senator Callbeck:** Regarding the money given out to provinces, is there no condition at all to apply it to a pan-Canadian system?

**Mr. Wolfson:** There is an information architecture. However, in terms of standards, I am not familiar with details. You would be best to talk to Infoway directly on that.

**Mr. Halliwell:** In some sense, the key to it will be interoperability and standardization of the kinds of metrics that are exchanged. When you get that, you do achieve interoperability.

There is clearly a whole set of constraints on what you can share, but part of me that thinks that, with the proper protocols, et cetera, it might become a bit like the Internet. No one asks who is in charge of the Internet. There is just a whole set of protocols by which information flows back and forth between what amounts to disparate data browsers and different web-hosting software.

Under no circumstances do I want anyone to get a sense that we want health information to be like the Internet and so widely available. However, it may be that with the right attention to a minimum data set, the information can start to get glued back together again as a discrete exercise that does not have to be done in real-time like an actual patient care system.

That possibility is there. However, the window of opportunity potentially gets lost if you do not think through how you would do that at an early design phase. I can remember being at the Department of Finance when we all did what I called the Homer Simpson "D'oh." We realized when the GST was introduced and businesses first registered for GST numbers that we did not find out what kind of industry they were in as part of the form they were required to fill out. Therefore, we lacked a set of useful information that it was hard to put in place subsequently.

Even if you are thinking that we do not know whether we have approval to do this or whether people will tolerate this happening, it does not mean that you do not build in the capacity to do it, so that you subsequently have the choice to try to use this data for research purposes.

copier et à l'adapter pour que le Canada puisse réaliser des économies d'échelle. Cependant, un critère essentiel, si j'ai bien compris, est l'interopérabilité, bien que ce soit là, je crois, la seule exigence dans le cadre de l'Inforoute.\*

Quant à l'utilisation des données à la manière d'un centre manitobain à l'échelle du pays, personne n'est en charge. Tant l'Institut canadien d'information sur la santé que Statistique Canada en rêvent parce que ce serait là une immense possibilité stratégique d'améliorer considérablement l'information sur la santé au pays, du point de vue tant de la santé de la population que de l'information sur les services de santé, mais rien ne nous y oblige ou ne nous y encourage. C'est de la persuasion morale.

**Le sénateur Callbeck :** En ce qui concerne l'argent versé aux provinces, n'est-il pas assorti d'une condition exigeant qu'il soit appliqué à un système pancanadien?

**M. Wolfson :** Il y a des exigences sur le plan de l'architecture de l'information. Cependant, pour ce qui est des normes, je n'en connais pas trop les détails. Il vaudrait mieux en parler directement avec l'Inforoute.

**M. Halliwell :** En un certain sens, la clef serait l'interopérabilité et la normalisation de la méthodologie informatique échangée. Si elle existe, on peut obtenir l'interopérabilité.

De toute évidence, ce qu'on peut partager fait l'objet de toute une série de contraintes, mais je crois qu'avec les bons protocoles et tout le reste, on pourrait créer une sorte d'Internet. Nul ne demande à savoir qui est en charge de l'Internet. Il s'agit tout simplement d'une série de protocoles au moyen desquels l'information circule entre ce qui revient à des explorateurs de données disparates et différents logiciels d'hébergement Web.

Comprenez-moi bien : je suis loin de vouloir que le système d'information sur la santé soit comme Internet et que les données soient disponibles sur une base aussi large. Cependant, il est possible qu'en portant l'attention qu'il faut à une série minimale de données, l'information puisse commencer à être colligée de manière distincte et différente du traitement en temps réel exigé par un véritable système informatique de suivi des malades.

La possibilité existe. Cependant, la fenêtre permettant de le faire se fermera si l'on ne réfléchit pas bien à la façon de procéder durant la toute première phase. Je me rappelle, du temps où j'étais au ministère des Finances, à quel point nous avions tous été hébétés de constater, lorsque la TPS a été introduite et que les entreprises ont commencé à demander un numéro d'enregistrement aux fins de la TPS, que nous avions oublié d'inclure dans le formulaire que devaient remplir les entreprises une question sur leur genre d'activité. Par conséquent, il nous manquait une série d'informations utiles et il a été difficile de les récupérer par la suite.

Même si vous n'êtes pas sûrs que nous y sommes autorisés ou que la population le tolérera, cela n'empêche pas de planifier la capacité au départ, de manière à pouvoir par la suite utiliser ces données à des fins de recherche, si telle est la décision.

At the level of Infoway and the processes around that, this ought to be a priority, but putting it in place is hard. There is an old joke: Why was the Lord able to create the world in six days and rest on the seventh? There was no existing installed user base.

The problem is that you are starting from somewhere, not starting from nowhere. I think there are technical solutions. However, there is a window of opportunity that we are in danger of seeing disappear if someone does not pay even a modest amount of attention to it.

**The Chair:** Dr. Frank, I do not want you to go abroad without giving your input on the Aboriginal situation. Would you please tell us your views?

**Dr. Frank:** I do not have any magic solutions. You have to accept that the long historical wave of events will keep many First Nations communities of the view that data collection is an opportunity to fight a fight that has historical roots with justice issues involved in it. Therefore, to de-politicize the data collection exercise, I do not think there is any choice but to adhere to the broad principles that have been enunciated by the First Nations communities that Mr. Wolfson gave us the acronym for.

In the end, people only want to cooperate with data collection if they get something back. They have to get back useful summaries that will help them with their own problems as a community, say. I think that means they have to trust the people who are collecting, collating and analyzing the data to do that.

That would mean that it has to have Aboriginal governance, whatever it is. That is a tall order, as Mr. Brooks knows. There are 600 or more communities. You cannot go any other way. All over the world, data is collected in health care systems; people are filling out little tick boxes, and we know most of it is garbage because they do not have any reason to do it carefully. They never get anything back.

What does some nurse in an African health centre like I used to work in as a young doctor in Tanzania get back? Nothing. They do it when it is required, but it has been shown many times it is mostly noise and not much signal. There is no benefit.

Whatever we do, we have to constantly ask what people get back for their participation, both individuals and also their local and provincial governments. There would have to be a legally-binding agreement by the provinces, territories and the federal government that core data collection for the electronic health record and others was in everyone's interests and that they trusted a governance structure, which currently does not exist.

Cela devait être une priorité, au niveau de l'Inforoute et des processus qui l'entourent, mais c'est difficile à faire. Dans mon milieu, on dit souvent : « Pourquoi Dieu a-t-il pu créer le monde en six jours et se reposer le septième? Parce qu'il n'y avait pas de sous-programme écrit par l'utilisateur ».

Le problème est qu'il faut s'adapter à ce qui existe déjà, plutôt que de partir de la case départ. Il existe des solutions techniques. Cependant, nous perdrons l'occasion de le faire si quelqu'un n'y accorde pas un soupçon d'intérêt.

**Le président :** Docteur Frank, je ne souhaite pas que vous quittiez le Canada sans nous avoir dit ce que vous pensez de la situation autochtone. Pourriez-vous, je vous prie, nous donner votre opinion?

**M. Frank :** Je n'ai pas de solution miracle à vous offrir. Vous allez devoir accepter que la longue série d'événements passés maintiendra de nombreuses collectivités des Premières nations dans leur conviction que la collecte de données est une occasion de livrer une bataille qui a des racines historiques dans des problèmes de justice. Par conséquent, pour dépolitiser l'exercice de collecte de données, je ne crois pas que vous ayez d'autre choix que d'adhérer aux grands principes énoncés par les collectivités des Premières nations dont vous a parlé M. Wolfson.

En fin de compte, les gens ne souhaitent coopérer à la collecte de données que s'ils en obtiennent quelque chose en retour. Ils ont besoin de résumés utiles qui les aideront à régler leurs propres problèmes en tant que collectivité, par exemple. Cela signifie selon moi qu'il faut qu'ils aient confiance dans ceux qui font la collecte, qui colligent et analysent les données.

Cela signifie qu'il faudrait qu'il y ait une gouvernance autochtone, quelle que soit sa définition. La marche est haute, comme le sait fort bien M. Brooks. On dénombre plus de 600 collectivités. C'est la seule façon de procéder. Dans le monde entier, des données sont collectées dans des systèmes sur les soins de santé; on coche de petites cases, et nous savons que la plupart de ces données sont inutiles parce que les gens n'ont pas vraiment de raison d'y accorder de l'importance. Ils n'obtiennent jamais rien en retour.

Qu'obtient en retour l'infirmière qui travaille dans un centre de santé africain comme je le faisais lorsque j'étais jeune médecin en Tanzanie? Absolument rien. Elle le fait parce qu'elle y est obligée, mais il a été démontré de nombreuses fois que ces données ne veulent pas dire grand-chose. Il n'y a pas d'avantages.

Quoi que nous fassions, nous devons constamment nous demander ce qu'obtiennent en retour les personnes qui contribuent, de même que leur administration locale et leur gouvernement provincial. Il faudrait qu'il y ait un accord exécutoire signé par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral reconnaissant que la collecte centrale de données pour les dossiers électroniques et d'autres est dans l'intérêt de chacun et qu'on ait confiance dans la structure de gouvernance, inexistante actuellement.

You must get the lawyers of the sort we already heard about who represent each of these as autonomous, governing structures that are held up and given those rights by our Constitution — to agree. If you do not get the lawyers to agree on the precise boundaries before you start, do not set anything up. You will not get to first base.

**The Chair:** Our time is up, so unless someone has a further question or a final comment, we will have to sign off. Thank you all very much. You were very generous to come and give us your time.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Wednesday, May 7, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, I welcome our witnesses today. We look forward to hearing what they will be able to tell us. We have, from the National Collaborating Centre for Determinants of Health, Ms. Hope Beanlands; from the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, Mr. François Benoit; from the National Collaborating Centre for Environmental Health, Dr. Ray Copes; and from the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, Ms. Margo Greenwood. We are blessed with scientific directors.

This is the second phase of our current study. We are looking for reactions to our fourth report, which is the issues and options paper. This meeting will focus on the issue of tracking health outcomes and supporting research interventions to enhance the health of the population. We would like each of you to provide us a brief overview and then respond to questions from senators.

**Hope Beanlands, Scientific Director, National Collaborating Centre for Determinants of Health:** Honourable Senator Keon and honourable members of the Subcommittee on Population Health, thank you for the opportunity to speak on behalf of the National Collaborating Centre for Determinants of Health, known as the NCCDH, at St. Francis Xavier University, situated in Antigonish in beautiful, rural Nova Scotia.

**The Chair:** I cannot resist saying something totally off subject here. My dearest friend and supporter for 30 years was Dr. Don Beanlands. Is there a connection?

Il faut convaincre les avocats du genre dont nous avons entendu parler tout à l'heure — ceux qui représentent chacune de ces structures de gouvernement autonome auxquelles la Constitution a conféré ces droits — de s'entendre entre eux. Si vous ne parvenez pas à convaincre les avocats de s'entendre sur des données précises avant d'amorcer le projet, ne faites rien. Le projet sera voué à l'échec.

**Le président :** Le temps alloué est épuisé, de sorte qu'à moins que l'un d'entre vous ait une autre question ou un dernier commentaire, je vais lever la séance. Je vous remercie tous vivement. Vous avez été très généreux de venir ici nous rencontrer et de nous accorder autant de temps.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le mercredi 7 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 5 pour examiner les multiples facteurs et conditions qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs qu'on désigne sous l'appellation générique de déterminants de la santé, avant de faire un rapport sur la question.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Nous avons hâte d'entendre ce qu'ils ont à nous dire. Nous accueillons donc parmi nous Mme Hope Beanlands, du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; M. François Benoit, du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; le Dr Ray Copes, du Centre de collaboration nationale en santé environnementale; et Mme Margo Greenwood, du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Ce sont tous des directeurs scientifiques.

Nous en sommes à la deuxième phase de notre étude et sommes prêts à entendre les réactions à notre quatrième rapport, Enjeux et Options. Nous allons parler aujourd'hui de la nécessité d'encourager les recherches et les suivis afin d'améliorer la santé des populations. Je vais demander à chacun d'entre vous de nous faire une brève déclaration, et ensuite de répondre aux questions des sénateurs.

**Hope Beanlands, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé :** Honorable sénateur Keon et honorables membres du Sous-comité sur la santé des populations, permettez-moi tout d'abord de vous remercier de m'avoir invitée à comparaître au nom du Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé, qu'on appelle le CCNDS. Le Centre se trouve à l'Université St. Francis Xavier, à Antigonish, dans la belle campagne de la Nouvelle-Écosse.

**Le président :** Je ne peux pas m'empêcher de dire quelque chose qui n'a rien à voir avec notre sujet d'aujourd'hui, mais le Dr Don Beanlands a été mon meilleur ami pendant 30 ans; avez-vous un lien de parenté?



**Ms. Beanlands:** Yes, there is, and I was at the party.

The NCCDH is one of six national collaborating centres for public health located across Canada. The mandate of the six national collaborating centres is to translate the existing and new evidence produced by academics and researchers in public health so that it can be used by public health practitioners and policy-makers. I am very pleased that I have three of my colleagues from the other NCCs here as witnesses.

The focus of the NCCDH is on the social and economic factors that influence the health of Canadians. As you know, income and social status, social support networks and social environments are some of the factors that determine the health of Canadians.

At the NCCDH, our mandate is the synthesis, translation and dissemination of existing knowledge of the social determinants of health using an equity lens. Our mission is to engage public health practitioners, policy-makers and researchers in applying the knowledge about the social determinants of health in policy development and in public health practice to achieve social justice and health for all.

I will focus my comments, as requested, on the first issue and the options presented in the paper. As stated in this paper, in order to track health outcomes, it is essential to have identified health indicators, health goals and desired health outcomes. I will speak about the two options separately.

The first option was to expand and enrich the population health databases. What more needs to be done?

First, we believe that we need to facilitate the collection, collation and analysis of disaggregated data to enable the development of customized public health policy responses and interventions. Sex-disaggregated data or statistical information that differentiates between women and men is an important path toward achieving health policy responses and interventions.

The 12 determinants of health can be used as a framework for community needs assessment, enabling the collection of neighbourhood level data in a manner that facilitates both management of change related to specific policy and program interventions over time, and it also provides an inter-neighbourhood comparison level of data. An example of this approach is provided by the Bell Island Health and Well-Being Needs Assessment conducted by Dr. Verlé Harrop for the Bell Island Health and Wellness Committee, Bell Island, Newfoundland and Labrador. I encourage you to invite her as a witness to appear before this committee.

The need for sex-disaggregated data is well demonstrated in a case study prepared by Dr. Beth Jackson of the Public Health Agency of Canada and Ms. Ann Pederson of the British

**Mme Beanlands :** Oui. et j'étais à la réception.

Notre centre est l'un des six centres de collaboration nationale sur les déterminants de la santé établis un peu partout au Canada. Ceux-ci ont pour mandat d'appliquer les preuves, existantes et nouvelles, produites par les savants et les chercheurs en santé publique afin qu'elles puissent servir aux praticiens en santé publique et aux décideurs en la matière. Je me réjouis que des collègues de trois autres CCNDS soient présents aujourd'hui à titre de témoins.

Le travail du CCNDS porte sur les facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé des Canadiens. Comme vous le savez, le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social et les milieux sociaux sont certains des facteurs qui déterminent la santé des Canadiens.

Notre mandat consiste à synthétiser, à appliquer et à diffuser les connaissances existantes sur les déterminants sociaux de la santé dans une optique d'équité. Notre mission consiste à faire participer les praticiens, les décideurs et les chercheurs en santé publique à l'application des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé à l'élaboration des politiques et à la pratique de la santé publique, afin d'assurer la justice sociale et la santé universelle.

Je vais, comme on me l'a demandé, concentrer mes remarques sur l'enjeu n° 1 et les options du document. Comme l'indique ce dernier, pour faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé, il faut avoir déterminé les indicateurs de la santé, les objectifs qu'on recherche et les résultats qu'on veut obtenir. Je parlerai des deux options séparément.

La première option consistait à élargir et à enrichir la base de données sur la santé des populations. Que faut-il faire de plus?

Premièrement, nous estimons qu'il faut faciliter la collecte, la comparaison et l'analyse de données désagrégées pour permettre l'élaboration de réponses et d'interventions stratégiques adaptées en matière de santé publique. Les données désagrégées selon le sexe, ou renseignements statistiques établissant les différences entre les femmes et les hommes, constituent un outil important pour élaborer des réponses et des interventions dans le domaine de la santé.

Les 12 déterminants de la santé peuvent être utilisés comme cadre des évaluations des besoins communautaires permettant la collecte de données au niveau des quartiers de manière à faciliter la mesure des changements liés à des politiques ou à des programmes particuliers dans le temps, et à fournir des données se prêtant à des comparaisons entre quartiers. L'évaluation des besoins en matière de santé et de bien-être de Bell Island, effectuée par la Dre Verlé Harrop pour le compte du Bell Island Health and Wellness Committee, à Bell Island, à Terre-Neuve-et-Labrador, fournit un exemple de cette approche. Je vous recommande d'inviter la Dre Harrop à témoigner devant votre comité.

La Dre Beth Jackson, de l'Agence de santé publique du Canada, et Mme Ann Pederson, du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, font bien voir le

Columbia Centre of Excellence for Women's Health entitled «Sex, Gender, Hips and Knees...Gender Based Analysis and Total Joint Arthroplasty (TJA)».

Second, there should be a focus on increasing the collection of data based on the social determinants of health, including ethnicity, culture, gender, social networks, social environments and working conditions, to name a few.

Third, we need to enable the collection of community-based or neighbourhood-based data to facilitate the measurement of customized public health and policy interventions.

Moving on to investing in more population health research and enhancing the translation of knowledge, the second option presented in the paper, at the NCCDH we believe that we need more research to understand the complexities of knowledge translation.

The Canadian Institutes of Health Research, CIHR, define knowledge translation as an exchange, synthesis and ethically sound application of knowledge within a complex system of interactions among researchers and users to facilitate the capture of benefits of research for the Canadian population through improved health, more effective service and products, and a strengthened health care system.

As this definition implies, getting evidence into practice is a complex system of elements and interactions that includes such things as research, priority setting, knowledge creation, dissemination, uptake, application and evaluation. I have included the Health Development Agency diagram from the U.K., which talks about the evidence-into-practice cycle. You can see from this cycle that it is a complex set of interactions, and we need to understand it better.

We know that people will use research and gain knowledge if they are part of that knowledge development and the research process. The NCCDH therefore encourages funding support for researchers who include communities and neighbourhoods, front-line public health practitioners and policy-makers in the framing of the knowledge translation research that needs to be done and the interpretation of the findings. Again, Dr. Harrop's work is an excellent example of this approach.

Third, we believe that more public health intervention research is required. As several of your witnesses emphasized, Dr. Louise Potvin for example, we need to know which public health interventions work, which ones work better and under what conditions. We do not have that information right now.

We know that health inequities in Canada are socially produced, are systematic in their distribution across the population and are unfair. We need to know how best to achieve the levelling up of the health status of less privileged

besoin de données désagrégées selon le sexe dans une étude intitulée « Sex, Gender, Hips and Knees...Gender Based Analysis and Total Joint Arthroplasty (TJA) ».

Deuxièmement, il faut accroître la collecte de données fondées sur la totalité des déterminants sociaux de la santé, notamment l'ethnicité, la culture, les réseaux sociaux, les milieux sociaux et les conditions de travail, pour n'en nommer que quelques-uns.

Troisièmement, il faut permettre la collecte de données au niveau des collectivités et à celui des quartiers pour faciliter la mesure des réponses et interventions stratégiques personnalisées en matière de santé.

Passons à la seconde option présentée dans le document : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Notre CCNDS estime qu'il faut effectuer plus de recherches afin de comprendre les complexités de l'application des connaissances.

Selon les Instituts de recherche en santé du Canada, l'application des connaissances s'entend de l'échange, de la synthèse et de l'application conforme à l'éthique des connaissances, dans un système complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs, pour accélérer la concrétisation des avantages de la recherche pour les Canadiens, à savoir une meilleure santé, de meilleurs produits et services et un système de santé renforcé.

Comme l'implique cette définition, la transposition des preuves dans la pratique est un système complexe d'éléments et d'interactions qui comprend la recherche et l'établissement de priorités, la création de connaissances, leur diffusion, leur mise en œuvre, leur application et leur évaluation. Le diagramme que vous avez ici, du National Health Service du Royaume-Uni, illustre les éléments du cycle de transposition des preuves dans la pratique. Comme vous le voyez, c'est un cycle compliqué d'interactions, que nous avons besoin de mieux comprendre.

Nous savons que les gens utiliseront les recherches et acquerront des connaissances s'ils participent au processus de recherche ou d'élaboration des connaissances. Le CCNDS favorise par conséquent l'octroi d'un soutien financier aux chercheurs qui font participer les collectivités et les quartiers, les praticiens en santé publique de première ligne et les décideurs à la définition du cadre de la recherche sur l'application des connaissances et à l'interprétation des conclusions. Encore une fois, le travail de la Dre Harrop offre un excellent exemple de cette approche.

Troisièmement, il faut accroître les recherches sur les interventions en matière de santé publique. Comme l'ont souligné des témoins précédents, notamment la Dre Louise Potvin, nous devons savoir lesquelles de ces interventions sont efficaces et lesquelles le sont davantage et dans quelles conditions. À l'heure actuelle, nous n'avons pas cette information.

Nous savons que les inégalités en matière de santé au Canada découlent de facteurs sociaux, qu'elles sont réparties systématiquement parmi la population et qu'elles sont injustes. Il nous faut découvrir le meilleur moyen de porter le statut des

socio-economic groups to the level already reached by some of our more privileged counterparts. I think that includes all of us here in the room.

In summary, it is critically important to expand and enrich the population health databases and to invest in population health research and enhance the translation of knowledge addressing the socially produced inequities in health.

The NCCDH and the other five national collaborating centres are important collaborators in the knowledge translation process to place new research evidence and promising practices in the hands of public health practitioners and policy-makers. On behalf of the NCCDH, I thank you for this opportunity to make this presentation.

[Translation]

**François Benoit, Scientific Director, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy:** Mr. Chairman, thank you for this invitation to take part in your very interesting work.

[English]

Healthy public policy is in the name of our collaborating centre. I will take this occasion to speak both on the option that is the topic of today and on the topic of healthy public policy and health impact assessment.

[Translation]

Healthy public policy is a key concept, a cornerstone for the application of a population health approach. It is particularly remarkable that a centre has been devoted to this issue since a program as new as that of the National Collaborating Centre's has been launched. Nor is it by chance that the Centre has been established at the Institut national de santé publique du Québec, which was selected for its public health expertise, which your report emphasized, but especially because the Centre serves as a support for the implementation of section 54 of Quebec's Public Health Act, which is the section requiring a health impact assessment of all bills and regulations submitted to the Government of Quebec.

[English]

I think you have the National Collaborating Centre Program. In the presentation we sent you, we remind you that we are one of six centres financed by the Public Health Agency of Canada. There are six topics and so six different institutions.

[Translation]

These institutions act as bridges between practitioners and public health decision-makers on the one hand and research on the other.

groupes socioéconomiques moins privilégiés en matière de santé au niveau déjà atteint par leurs homologues davantage privilégiés. Et cela nous concerne tous ici dans cette salle.

En résumé, il est d'importance capitale d'élargir et d'enrichir la base de données sur la santé des populations, d'investir davantage dans la recherche sur la santé des populations et d'améliorer l'application des connaissances visant à éliminer les inégalités en matière de santé qui découlent de facteurs sociaux.

Le CCNDS et les cinq autres centres nationaux de collaboration contribuent de façon importante au processus d'application des connaissances en vue de mettre de nouvelles preuves de recherche et des pratiques prometteuses entre les mains des praticiens et des décideurs en matière de santé publique. Au nom du CCNDS, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de faire cette déclaration.

[Français]

**François Benoit, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé :** Merci, monsieur le président, pour cette invitation à participer à vos très intéressants travaux.

[Traduction]

Le nom de notre centre de collaboration nationale comprend les mots « politiques publiques et santé ». Je profiterai donc de cette occasion pour vous parler de l'option qui est notre sujet d'aujourd'hui ainsi que de la question des politiques publiques favorables à la santé et de l'évaluation de l'incidence sur la santé.

[Français]

Les politiques publiques favorables à la santé traduction de « healthy public policy », c'est un concept clé, une pierre d'assise pour l'application d'une approche en santé des populations. Il est particulièrement remarquable que dès le lancement d'un programme aussi jeune que celui des Centres de collaboration nationale, on ait consacré un centre à cette question. Ce n'est pas non plus par hasard que le centre est installé à l'Institut national de santé publique du Québec, qui a été choisi tant pour son expertise en santé publique, ce que votre rapport soulignait, mais surtout parce que ce centre sert de soutien à l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, qui est l'article qui oblige l'évaluation de l'impact de la santé de tous les projets de loi et règlements soumis au gouvernement du Québec.

[Traduction]

Vous avez le Programme des Centres de collaboration nationale. Dans le document que nous vous avons fait parvenir, nous vous rappelons que nous sommes l'un des six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Chacune de ces six institutions a sa propre spécialisation.

[Français]

Ces institutions agissent à titre de passerelle entre les praticiens et les décideurs de la santé publique d'un côté et la recherche de l'autre côté.



[English]

Four things could be said about the National Collaborating Centre Program. The collaborating centres are original in that they have been established in existing institutions building on the competencies already there. They act as a bridge between the researchers, practitioners and decision makers, but they also adopt the perspective of being the advocate of the user.

[Translation]

It should also be emphasized that this program is relatively new. In practice, we have been in operation for two years, and our centres are dedicated to knowledge translation.

[English]

This gives me occasion to comment on one of the options, knowledge translation.

[Translation]

Knowledge translation is a mandate shared by the six centres, but this is not an innovation since we rely on the work that, in the history of Canada, has marked this concept and, of course, the work of the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation on knowledge translation. Ms. Beanlands has identified the translation we do. We are not the only ones working on knowledge translation, but the NCCs bring an original perspective in that each of us in our various subjects brings new ways of innovating in knowledge translation.

[English]

From the bottom up, we are informed by the user of the needs, and we are also centred on knowledge, which is not necessarily the same thing as evidence, in the sense that we are not translating the latest research on the block. We are translating and summarizing knowledge to be useful for the different targets we have.

We use interactivity.

[Translation]

Interaction assists in knowledge translation, which is important, but also in informing our work with users about what is necessary, and thus this kind of reactivity that we have established.

Our recommendation on this point, with regard to your work, is consistent with your approach; that is to say that we must support knowledge translation through a number of partners, not a single partner, but that, in this type of area, the collaborating centres should bring an original perspective.

[Traduction]

Il y a quatre choses à dire au sujet du Programme des Centres de collaboration nationale. Les Centres de collaboration nationale ont ceci d'original qu'ils ont été créés dans des institutions déjà existantes, à partir des compétences de ces institutions. Les centres servent de passerelles entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs, mais ils se font aussi les avocats des utilisateurs.

[Français]

Il faut aussi souligner que ce programme est relativement récent. En pratique, nous sommes en activité depuis deux ans et nos centres sont dédiés à l'application des connaissances.

[Traduction]

Cela me donne l'occasion de dire quelques mots sur l'une des options, l'application des connaissances.

[Français]

L'application des connaissances est un mandat partagé par les six centres, mais ce n'est pas une innovation puisque nous nous appuyons sur les travaux qui ont marqué, dans l'histoire du Canada, ce concept, et, évidemment, les travaux des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne en recherche sur les services de santé, autour de l'application des connaissances. Mme Beanlands a identifié ce que nous donnons comme définition. Nous ne sommes pas les seuls à travailler dans l'application des connaissances, mais les CCN amènent une perspective originale dans le fait que nous appliquons, chacun, dans nos différents sujets, de nouvelles façons d'innover en application des connaissances.

[Traduction]

Ce sont les utilisateurs qui nous informent de leurs besoins, cela va du bas vers le haut, et nous nous concentrons également sur les connaissances, ce qui n'est pas nécessairement la même chose que les preuves, en ce sens que nous ne procédons pas à l'application des derniers résultats de recherches qui viennent de sortir. Nous procédons à l'application et à la synthétisation des connaissances qui vont être utiles à nos différents clients.

L'interaction est importante pour nous.

[Français]

L'interaction sert à l'application des connaissances, qui est importante, mais aussi pour informer nos travaux avec les usagers sur ce qui est nécessaire, donc cette espèce de réactivité que nous avons mise.

Notre recommandation à cet effet, quant à vos travaux, s'inscrit dans votre lignée, à savoir qu'on doit supporter et soutenir l'application des connaissances par plusieurs partenaires et non pas par un seul, mais que dans ce type de thématique, les centres de collaboration amènent une perspective originale.

[English]

I will broach the subject of health impact assessment. I know this is a topic you have brought forward for consideration in your report.

[Translation]

The expertise that we have developed in this area at the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy meets a demand from users. There are currently a lot of activities at the local and regional levels in Canada, and our work has therefore focused on developing tools to support that activity. You recommend this application at the federal government level, and I submit to your attention the diagnosis made by Frankish and his colleagues.

[English]

On this question, there were challenges for implementing healthy public policy and impact assessments; political challenges, including competition among various sectors and a lack of political will; and technical challenges. I submit this is your turf and preoccupation. The technical challenge is having a structure that could support this action.

[Translation]

However, the question in the past 10 or 20 years has been: has the situation changed? Quebec's experience has generated expertise or a practice that can be queried. It has also supported the research work that has been done from this perspective and thus gives us certain perspectives that we did not have, while the health impact assessment sector at the international level has continued to develop methods and tools, which definitely puts us in a better position than we were in 20 years ago.

[English]

**Dr. Ray Copes, Scientific Director, National Collaborating Centre for Environmental Health:** Good afternoon. It is a pleasure to provide a presentation on behalf of the National Collaborating Centre for Environmental Health. My colleagues have explained a bit about the national collaborating centres. The time I have been scientific director of the NCCEH has been an exciting opportunity. We are new on the public health scene in Canada, and we are looking forward to making a mark. We have a unique role, and all six of us look forward to fulfilling that collaboratively.

Each centre has a different theme. The theme of NCCEH relates directly to one of the determinants of health in your paper, which is the physical environment. When we started out at the NCCEH a few years ago, we were given a relatively narrow definition of environmental health. We were encouraged to focus rather narrowly on the programs and services in environmental

[Traduction]

Je vais parler de l'évaluation de l'incidence sur la santé. Je sais que c'est un sujet que vous avez abordé dans votre rapport.

[Français]

L'expertise que nous avons développée au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques favorables à la santé à ce sujet répond à une demande des usagers. Actuellement, il y a beaucoup d'activités au niveau local et régional au Canada, donc nos travaux se sont concentrés à développer des outils pour soutenir cette activité. Vous recommandez cette application, au niveau du gouvernement fédéral, et je sou mets à votre attention le diagnostic porté par Frankish et ses collègues.

[Traduction]

À cet égard, la mise en oeuvre de politiques publiques favorables à la santé et de politiques d'évaluation de l'incidence sur la santé s'est heurtée à des difficultés : d'abord, des difficultés d'ordre politique, notamment la concurrence entre les divers secteurs et l'absence de volonté politique. Il y a eu aussi des difficultés d'ordre technique. Pour ma part, j'estime que ce dossier relève de vous. Sur le plan pratique et technique, le problème est de mettre en place une structure qui permettra de faire ces interventions.

[Français]

Or, la question depuis dix ans, 20 ans : La situation a-t-elle changé? L'expérience du Québec a permis de générer une expertise ou une pratique sur laquelle on peut s'informer. Elle a également soutenu le travail de recherche qui se fait autour de cette perspective, et donc, nous donne certains éclairages qu'on n'avait pas pendant que, à l'échelle internationale, le secteur de l'évaluation d'impact sur la santé a continué à développer des méthodes, des outils, ce qui nous met certainement en meilleure position maintenant qu'il y a 20 ans.

[Traduction]

**Dr Ray Copes, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale en santé environnementale :** Bonjour. Je suis heureux de m'adresser à vous au nom du Centre de collaboration nationale en santé environnementale. Mes collègues vous ont déjà dit quelques mots sur les Centres de collaboration nationale. Le poste que j'occupe à titre de directeur scientifique du CCNSE est passionnant. Nous sommes nouveaux sur la scène de la santé publique canadienne, et nous avons bien l'intention d'y imprimer notre marque. Nous avons un rôle unique à jouer, et chacun des six centres a fermement l'intention d'atteindre ses objectifs en collaborant avec les autres.

Chaque centre a une spécialisation différente. Celle du CCNSE concerne directement l'un des déterminants de la santé que vous avez identifiés dans votre document, à savoir l'environnement physique. Quand le CCNSE a été créé, il y a quelques années, on nous a donné une définition relativement étroite de la santé environnementale. On nous a encouragés à nous limiter aux

health delivered at the local and regional level by public health organizations across Canada. We thought that was a good definition, but a bit limiting. We negotiated and pushed back a bit to look at environmental health issues beyond current status quo in local public health units and to look at ways in which we might address environmental health issues that were having a significant impact on mortality and morbidity in the Canadian population.

Before we got started with our work plan, we picked a client or a customer group. We are there to serve the needs of environmental health professionals at the local and regional level across Canada. What we do has to meet their needs. Their priorities are our priorities. We did an environmental scan before developing our first work plan. We went across the country, coast to coast to coast, talking to environmental health practitioners and policy-makers and researchers. We did key informant interviews with over 90 such individuals in every territory and province in Canada as well as in the federal sector.

I tried to summarize what we found in that scan in one of the slides I presented you with. Not surprisingly, we found that the delivery models for environmental health services across Canada varied dramatically depending on the province or territory. That makes some sense. Prince Edward Island is not the same as Ontario and, not surprisingly, the delivery models are quite different there.

We found important cross-cutting lessons as well that relate to the issues paper you asked us to read. We found in environmental health that there is very little monitoring, surveillance or tracking of environmental risk factors or exposures in Canada. To some extent, internationally Canada lags rather than leads in this area, and that causes me respectfully to question whether we do have good information on all the determinants of health for the Canadian population. In the environmental area, we are somewhat lacking.

There is also scant citeable evidence that many people delivering environmental health programs can provide as justification for their programs. That is not to say that the programs are not achieving objectives or are not worthwhile, but if you challenge people to provide a citation of scientific evidence, not much could be put forward.

We also found that there is relatively little evaluation of services and programs in environmental health. That speaks to another option you have under your first issue. Should we be looking at evaluating interventions and outcomes? Much of what we are doing, if evaluated, would show that it is effective. Probably some of what we are doing is not effective, however. We would like to do more of what works and perhaps not do as much of what does not work. There is real value in focusing on some

programmes et services de santé environnementale offerts aux niveaux local et régional par les organisations de santé publique du Canada. Nous avons pensé que c'était une bonne définition, mais qu'elle était un peu restrictive. Nous avons négocié et réussi à élargir la définition utilisée par les unités de santé locales, afin de pouvoir examiner les questions de santé environnementale qui avaient une incidence importante sur la mortalité et la morbidité de la population canadienne.

Avant d'arrêter notre plan de travail, nous avons défini notre clientèle. Notre rôle est de répondre aux besoins des professionnels de la santé environnementale au Canada, aux niveaux local et régional. Ce que nous faisons doit répondre à leurs besoins. Leurs priorités sont nos priorités. Nous avons fait une évaluation environnementale générale de la situation avant d'arrêter notre premier plan de travail. Nous avons sillonné le pays, d'un océan à l'autre; nous avons rencontré des praticiens, des décideurs et des chercheurs en santé environnementale. Nous avons interviewé plus de 90 d'entre eux dans tous les territoires et les provinces du Canada, ainsi que dans le secteur fédéral.

J'ai essayé de résumer nos conclusions de cette évaluation générale dans l'une des diapositives que je vous ai présentées. Nous n'avons pas été surpris de constater que les modèles de prestation de services en santé environnementale variaient beaucoup d'une province à l'autre. Cela se comprend. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas les mêmes besoins que l'Ontario, et il est donc normal que les modèles de prestation de services soient fort différents.

Nous avons également fait des constatations importantes qui concernent le document sur les enjeux que vous nous avez demandé de lire. Nous avons ainsi constaté qu'en santé environnementale, au Canada, il y a très peu de dispositifs de contrôle, de surveillance ou de suivi des facteurs ou expositions qui présentent un risque environnemental. Dans une certaine mesure, le Canada est en retard par rapport aux autres pays dans ce domaine, et cela m'amène à me demander si nous avons vraiment des données valables sur les déterminants de la santé pour la population canadienne. En ce qui concerne la santé environnementale, nous avons du retard.

Par ailleurs, bon nombre de responsables de programmes de santé environnementale n'ont guère de données probantes pour justifier leurs propres programmes. Cela ne veut pas dire que ces programmes n'atteignent pas leurs objectifs ou qu'ils ne servent à rien. Par contre, quand on leur demande de nous donner des preuves scientifiques pour justifier leurs programmes, ils n'en n'ont guère à nous donner.

Nous avons également constaté qu'on faisait peu d'évaluation des services et programmes en santé environnementale. Cela nous amène à parler d'une autre option de votre premier enjeu. Faudrait-il envisager d'évaluer les interventions et les résultats? Si nous évaluons tous nos programmes, nous nous rendrions compte que la plupart d'entre eux sont efficaces, mais il y en a peut-être qui ne le sont pas. Nous aimerions avoir davantage de programmes efficaces et peut-être moins de programmes



intervention research in environmental health and trying to motivate what is physical environment.

I have been in this field for a number of years. It is important to recognize that as well as being a determinant of health, environment includes the natural environment, which is what many people think of when they see British Columbia travel posters, and also the human environment, which in many respects is more important because that is the environment we are in right now. Very good research indicates that the typical Canadian spends over 85 per cent of their time indoors, breathing indoor air, exposed to an indoor environment. Exposures indoors are generally underappreciated and under-researched, and perhaps to some extent they are, I do not want to say under-regulated, but perhaps they do not attract as much attention from government agencies as they should.

In some parts of the country, environmental health programs include injury reduction. I urge folks to consider whether that important set of health outcomes should be included in environment or not.

As someone with training in medicine and toxicology, I tend to focus on biological, chemical and physical agents and how they can interact with the body and produce death or illness. It is important to think about the physical environment and its indirect effects on human health. A lot of interesting research is looking at how the buildings in which we live, work and go to school can affect our activities and exposure. Do these buildings offer us the opportunity to exercise and have fresh air?

The neighbourhoods and communities we live in can influence our eating habits. If we live in neighbourhoods where the only food or the nearest food is fast food as opposed to vegetables, fruit and fresh produce, then that can have a subtle effect on our dietary choices. If our neighbourhoods are not conducive to taking exercise, this can affect our choices on physical activity. The way we lay these neighbourhoods and communities out and the reliance on private vehicles as opposed to public transit, walking or cycling can be a powerful influence of the physical environment on major public health issues such as obesity and lack of physical activity.

I have presented a bit of information on World Health Organization, WHO, estimates of the environmental burden of disease. I do not want to get into this in great detail because we do not have time. However, if there is interest or more questions on that, I can try to answer them.

I would like to comment on one Canadian estimate of preventable deaths due to air pollution in eight major cities. I would point out that it is no coincidence that we have a specific

inefficaces. Je pense que nous aurions intérêt à nous concentrer sur certaines recherches et à essayer de définir ce qu'est l'environnement physique.

Je travaille dans ce domaine depuis un certain nombre d'années. Il faut bien comprendre qu'en plus d'être un déterminant de la santé, l'environnement comprend l'environnement naturel, et c'est ce à quoi beaucoup de gens pensent lorsqu'ils voient des publicités touristiques sur la Colombie-Britannique, ainsi que l'environnement humain, qui est à maints égards plus important puisque c'est l'environnement dans lequel nous nous trouvons. Selon d'excellentes études, le Canadien ordinaire passe plus de 85 p. 100 de son temps à l'intérieur, où il respire un air confiné et est exposé à un environnement intérieur. Les substances auxquelles nous sommes exposés à l'intérieur des bâtiments sont généralement insuffisamment évaluées et, sans vouloir dire qu'elles ne sont pas assez réglementées, je dirais qu'elles n'attirent pas assez l'attention des agences du gouvernement, tout au moins pas autant qu'elles le devraient.

Dans certaines de régions du pays, les programmes de santé environnementale comprennent la réduction des blessures. Je vous encourage à envisager de prendre en compte cette catégorie importante de données sur la santé.

Comme j'ai une formation en médecine et en toxicologie, j'ai tendance à m'intéresser aux substances biologiques, chimiques et physiques pour voir comment elles influent sur le corps humain en provoquant des maladies, voire des décès. Il est important de comprendre que l'environnement physique peut avoir des effets indirects sur la santé humaine. Des études fort intéressantes démontrent comment les immeubles dans lesquels nous vivons, travaillons ou étudions peuvent affecter nos activités et nos expositions. Ces immeubles nous donnent-ils la possibilité de nous exercer et de respirer de l'air frais?

Les quartiers et les collectivités dans lesquels nous vivons peuvent influencer sur nos habitudes alimentaires. Si nous vivons dans un quartier où l'unique épicerie ou l'épicerie la plus proche ne vend que des aliments tout préparés, par opposition à des légumes, des fruits et des produits frais, cela peut avoir une influence indirecte sur nos choix alimentaires. Si nous vivons dans un quartier qui ne se prête pas à l'exercice physique, cela peut influencer sur notre activité physique. La façon dont nous aménageons un quartier ou une collectivité, la dépendance que nous créons à l'égard de la voiture au lieu d'encourager les transports publics, la marche ou la bicyclette, tout cela contribue à créer un environnement physique qui peut avoir une incidence considérable sur des problèmes de santé publique comme l'obésité et la sédentarité.

Je vous ai présenté quelques statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, à propos de la charge de morbidité imputable à l'environnement. Je ne rentrerai pas dans les détails, car nous n'avons pas beaucoup de temps, mais si vous avez des questions, j'y répondrai tout à l'heure.

J'aimerais parler maintenant d'une estimation qui a été faite du nombre de décès qui ont été causés par la pollution atmosphérique dans huit grandes villes du Canada et qu'on

estimate of mortality from air pollution in Canada. Why is that? If I try to think of nationwide information systems or databases on environmental exposures for Canadians, the only one I can think of is the National Air Pollution Surveillance, NAPS, database which takes results of common air pollutants in Canadian cities and puts them into a national database. That has been used by Health Canada scientists to do research on the relationships between common air pollutants in Canadian cities and a whole variety of health outcomes, largely cardiorespiratory in nature but looking at mortality, hospitalizations and physician office visits. That database, which is probably our best or only one in the environmental sector, has generated a lot of incredibly useful information. It has led to the estimate we have that 8 per cent of all preventable deaths are due to air pollution in eight major cities.

We are asked to think about health disparities. It is interesting that the figure for those preventable deaths is only 5 per cent in Vancouver and 10 per cent in Toronto-Hamilton. There is a disparity there. We are not used to thinking of Toronto as disadvantaged, but depending on the levels of air pollution we have in our cities, there are unequal risks being experienced by Canadians. I would suggest that for many other environmental factors there are disparities as well in the health risks faced by Canadians.

With respect to drinking water systems, we do not have a national database on what is in Canadian drinking water. The NCCEH is conducting a project that is trying to put together retrospectively a complete compilation of cases of water-borne illness in Canada. It is interesting that we have to do that retrospectively. Why is there not a complete reporting system? We do have some reporting, but we need to look at ways of improving the completeness and effectiveness of this reporting system.

We have heard about water supplies in First Nations communities, and these do not always meet acceptable standards. That may be very true, but I would suggest the real disparity here is not so much about First Nations versus non-First Nations but probably relates more to large water systems and small water systems. Across Canada, there is little concern about a Walkerton kind of event occurring in Toronto or Edmonton or Vancouver. However, there is a great deal of concern about how well we are able to operate water systems and to treat water in many smaller communities both on and off reserves.

With the physical environment as my focus, I suggest that we cannot look at those determinants in isolation. There is a figure in a discussion paper that carves up a pie into neat portions. My training in epidemiology would suggest that you cannot apportion or attribute out determinants of health into mutually exclusive categories.

aurait pu prévenir. Ce n'est pas un hasard si nous avons une estimation précise du nombre de décès causés par la pollution de l'air au Canada. Pourquoi? Lorsqu'on parle de systèmes d'informations ou de bases de données pancanadiens sur les expositions environnementales des Canadiens, le seul système qui me vienne à l'esprit est le Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique, le RNSPA. Ce système contient des données sur les polluants atmosphériques courants dans les villes canadiennes et leurs diverses incidences sur la santé, surtout d'ordre cardio-respiratoire, et prend en compte le nombre de décès, d'hospitalisations et de visites chez le médecin. Cette base de données, qui est sans doute la meilleure que nous ayons, si ce n'est l'unique, dans le secteur environnemental, nous a permis de recueillir des informations extrêmement utiles et de calculer, notamment, que 8 p. 100 de tous les décès qu'on aurait pu prévenir dans huit grandes villes canadiennes ont été causés par la pollution atmosphérique.

Puisqu'on nous demande de réfléchir aux disparités en matière de santé, il est intéressant de constater que le pourcentage de ces décès qu'on aurait pu prévenir n'est que de 5 p. 100 à Vancouver, mais qu'il est de 10 p. 100 à Toronto-Hamilton. Il y a bien une disparité ici. Nous n'avons pas coutume de dire que Toronto est une ville désavantagée, mais le fait est que, selon les niveaux de pollution atmosphérique que connaissent les villes, les Canadiens ne sont pas tous exposés aux mêmes risques. Je pense que, pour beaucoup d'autres facteurs environnementaux, il existe des disparités quant aux risques auxquels sont exposés les Canadiens.

En ce qui concerne maintenant nos systèmes d'eau potable, nous n'avons pas de bases de données nationales sur ce que contient l'eau potable au Canada. Le CCNSE a lancé un projet pour essayer de faire une compilation exhaustive et rétrospective des maladies transmises par l'eau au Canada. Il est curieux que nous devions faire cela rétrospectivement. En effet, pourquoi n'avons-nous pas de système de signalement systématique de ces maladies? Certains cas sont signalés, mais il faudrait que le système soit beaucoup plus exhaustif et beaucoup plus efficace.

Nous avons entendu dire que les systèmes d'adduction d'eau des collectivités des Premières nations ne répondaient pas toujours à des normes acceptables. C'est peut-être vrai, mais je crois que la disparité ne se situe pas vraiment entre les Premières nations et les autres collectivités non autochtones, mais plutôt entre les petits systèmes de distribution d'eau et les grands systèmes de distribution d'eau. Au Canada, il y a peu de risques qu'un événement comme celui qui s'est produit à Walkerton se produise à Toronto, à Edmonton ou à Vancouver. Par contre, les systèmes de distribution et de traitement de l'eau sont une grave source de préoccupation pour bon nombre de petites collectivités, qu'elles soient dans des réserves ou non.

L'environnement physique étant ma priorité, j'estime qu'il ne faut pas examiner tous ces déterminants séparément. Dans un document de travail, il y a un graphique en forme de fromage divisé en portions bien nettes. J'ai une formation en épidémiologie, et je peux vous dire qu'on ne peut pas répartir les déterminants de la santé de cette façon, dans des catégories qui s'excluent mutuellement.



An exact percentage will always be wrong no matter how we try. We are looking at a range, and I suggest that because we have relatively poor information on environmental factors, 10 per cent is probably an underestimate for environment. A WHO estimate, again incomplete, suggests that 13 per cent might be a better figure, but we do not want to quibble over percentages. The important things to look at are not only determinants in isolation but also the interaction of determinants and the fact that some of the socio-economic relationship between poor health outcomes is probably explained through differences in environmental exposures for less advantaged Canadians. Mechanisms are important because it is only through them that we are able to think about interventions and the steps we can take to remediate, rectify and reduce some of these disparities. Environmental factors are amenable to that kind of assessment.

We need better information, which speaks to the first option you have put forward. I wonder whether we need a Canadian institute for environmental information along the lines of the Canadian Institute for Health Information, CIHI? Often there is a great deal of federal and provincial data but there is not always good trust between the levels of government. Sometimes a model of an agency outside the federal-provincial-territorial framework can be helpful. We need to focus on mechanisms and develop policies and practices that look at the interaction of these health determinants. As well, we need to look at how we can build our physical environment and how that can affect things like obesity and diet. We need to integrate actions at federal, provincial and local levels and, above all, we need a better evaluation of outcomes. Let us find out what truly works. I appreciate the opportunity to address the committee and I look forward to questions.

**Margo Greenwood, Scientific Director, National Collaborating Centre for Aboriginal Health:** Good afternoon, honourable senators. As a Cree woman, indigenous scholar, mother of three, and academic leader or scientific director of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health at the University of Northern British Columbia, I am both personally and professionally invested in the questions concerning population health policies in Canada, in particular as they are informed by social determinants of health.

It is a privilege and an honour to come before the committee today to offer some thoughts on behalf of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health. The mandate of the NCCAH is unique in the NCC program in its focus on the population. Our mandate is to support Aboriginal communities across Canada in realizing their health goals. The centre uses a coordinated, holistic and comprehensive approach to the inclusion of Aboriginal peoples, research and indigenous knowledge in a public health system that is respectful and responsive to First Nations, Inuit and Metis peoples and all

Nous aurons beau faire, un pourcentage précis sera toujours faux. Il faut plutôt envisager un ordre de grandeur, et j'estime que, parce que nous avons relativement peu d'informations sur les facteurs environnementaux, 10 p. 100 est probablement en dessous de la vérité pour ce qui est de l'environnement. Selon une estimation de l'OMS, 13 p. 100 serait un pourcentage plus exact, quoique incomplet. Mais ne pinaillons pas avec les pourcentages, l'important est de bien comprendre qu'il faut examiner non seulement les déterminants séparément mais aussi leurs interactions les uns avec les autres, certaines incidences négatives sur la santé des Canadiens moins favorisés pouvant être dues en partie à des expositions environnementales différentes. Il est important de mettre en place des mécanismes, car c'est grâce à eux que nous pouvons élaborer des interventions et des mesures destinées à corriger, rectifier et réduire certaines de ces disparités. Les facteurs environnementaux se prêtent à ce genre d'évaluation.

Nous avons besoin d'informations plus précises, ce qui nous amène à la première option que vous avez présentée. Je ne sais pas si nous avons besoin d'un institut canadien de l'information environnementale, qui jouerait le même rôle que l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. On constate souvent qu'un grand nombre de données ont été recueillies au niveau fédéral et provincial, mais qu'il n'y a pas une grande confiance entre les deux niveaux de gouvernement. Le modèle d'une agence, hors du cadre fédéral-provincial-territorial, serait peut-être une solution. Il faut trouver des mécanismes et élaborer des politiques et des pratiques qui tiennent compte de l'interaction de ces déterminants de la santé. Nous devons également repenser la façon dont nous construisons notre environnement physique, en tenant compte des éléments qui influent sur l'obésité et le régime alimentaire. Nous devons intégrer nos interventions aux niveaux fédéral, provincial et local et, surtout, mieux évaluer les incidences sur la santé. Essayons de voir ce qui marche vraiment. Merci de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous. Je suis prêt à répondre à vos questions.

**Margo Greenwood, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone :** Honorables sénateurs, bonjour. En tant que Crie, chercheure et directrice scientifique du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, à l'Université Northern British Columbia, je m'intéresse personnellement et professionnellement aux questions relatives aux politiques sur la santé des populations, surtout en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé.

C'est à la fois un honneur et un plaisir pour moi de comparaître devant votre comité aujourd'hui, au nom du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Le CCNSA se distingue des autres CCN par l'importance qu'il accorde à la population. En effet, nous avons pour mandat d'aider les collectivités autochtones du Canada à atteindre leurs objectifs en matière de santé. Notre centre adopte une approche coordonnée, holistique et intégrale visant à inclure les peuples et le savoir autochtones dans un système de santé publique respectueux des Premières nations et adapté à leurs besoins.



Canadians. I will focus my comments on issue 1 of the committee's issues and options paper, but I will address some aspects of other issues contained in the document as well.

In answer to what might be done to improve the information available on health disparities among First Nations, Inuit and Métis people, my thoughts are as follows: There is a distinct need for data specific to First Nations, Inuit and Métis peoples and for data that are national, regional and community based. Combining these distinct groups together under the term «Aboriginal» does not yield the meaningful evidence necessary to inform health approaches, policies and interventions, in particular at the community levels.

In their work, Dr. Charlotte Loppie and Dr. Fred Wein found that health surveys are critiqued for not comprehensively including all Aboriginal groups, yet when the groups are included, there are often survey methodologies and inaccuracies that make the data not comparable. Dr. Janet Smylie work on vital statistics registration surveillance in infant child health data also raises the need for specific and accurate information that distinguishes amongst Aboriginal peoples. How do we identify? In fact, as Smiley observes, we still do not have infant mortality rates being produced nationally or provincially. As well, we do not have provincial and territorial data that meet international or even national standards.

As for health indicators, there continues to be a need for the inclusion of specific First Nations, Inuit and Métis indicators addressing the underlying social determinants of health, such as self-determination, culture and the intergenerational effects of assimilation policies evidenced through residential schools and dislocation. The Assembly of First Nations' holistic approach to indicators that they developed in March 2006 and the UN Permanent Forum on Indigenous Issues identify a number of indicators that can address linkages between health and social determinants. Indicators concerning language, for instance, can determine how many people in a community speak an indigenous language, the number of related programs that exist and how many children are learning indigenous languages. Languages are key to children's identifying with communities and cultures.

Developing a comprehensive Aboriginal-specific health strategy for addressing health disparities is critical to the health and well-being of Aboriginal peoples. An individual program approach to prevention and treatment of ill health does not adequately address Aboriginal health needs. As well, it is not consistent with Aboriginal holistic views of health. Often in our communities, we hear people talk about holistic health and all of those things that impact our well-being. As was written in the Senate subcommittee document, the federal government has a unique opportunity to engage Aboriginal leaders in the development of an approach that would respect Aboriginal

L'essentiel de mes remarques portera sur l'enjeu n° 1 de votre document, mais j'aborderai certains aspects d'autres questions soulevées dans votre document.

Pour ce qui est de la nécessité d'améliorer les informations disponibles sur les disparités en matière de santé parmi les populations des Premières nations, les Inuits et les Métis, voici ce que j'ai à vous dire. Il est absolument nécessaire de recueillir, aux niveaux national, régional et communautaire, des données propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Le fait de rassembler ces trois groupes dans la catégorie « Autochtones » ne permet pas de recueillir des données suffisamment précises pour concevoir des approches, des politiques et des interventions appropriées, surtout au niveau communautaire.

Dans leurs études, la Dre Charlotte Loppie et le Dr Fred Wein constatent qu'on reproche aux enquêtes sur la santé de ne pas inclure tous les groupes autochtones, et, lorsque ces groupes sont inclus, d'utiliser des méthodologies imparfaites qui empêchent souvent d'utiliser les données recueillies à des fins de comparaison. Dans ses recherches sur la surveillance des inscriptions aux registres d'état civil relativement à la santé des nouveau-nés, la Dre Janet Smiley montre bien qu'il est nécessaire d'avoir des données distinctes et exactes sur chaque population autochtone. Comment faire la distinction? En fait, Smiley constate que nous ne calculons toujours pas le taux de mortalité infantile au niveau national ou provincial. Nous n'avons pas non plus de données provinciales et territoriales qui correspondent aux normes internationales ni même aux normes nationales.

En ce qui concerne les indicateurs de la santé, il est nécessaire d'inclure les indicateurs propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, indicateurs qui doivent tenir compte des déterminants sociaux moins visibles de la santé, comme l'autodétermination, la culture et les effets intergénérationnels des politiques d'assimilation, comme les pensionnats et les déplacements de populations. L'Assemblée des premières nations a adopté une approche holistique en mars 2006 pour définir ces indicateurs, et l'Instance permanente sur les questions autochtones, des Nations Unies, a défini un certain nombre d'indicateurs qui font un lien entre les déterminants de la santé et les déterminants sociaux. Les indicateurs relatifs à la langue, par exemple, permettent de déterminer combien de personnes, dans une collectivité donnée, parlent une langue autochtone, le nombre de programmes existants pour l'enseignement de cette langue et combien d'enfants apprennent des langues autochtones. L'apprentissage d'une langue est essentiel pour qu'un enfant s'identifie à une communauté et à une culture.

Il est essentiel que l'on élabore une stratégie de santé propre aux Autochtones, car c'est en supprimant les disparités dans ce domaine que l'on améliorera la santé et le bien-être des peuples autochtones. Une approche fragmentée, de la prévention et du traitement de la maladie ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins des Autochtones. Une telle approche ne cadre pas non plus avec la vision holistique que les Autochtones ont de la santé. Souvent, dans nos communautés, nous entendons des gens parler de santé holistique et de tous ces éléments qui ont une incidence sur notre bien-être. Comme l'indique le document du sous-comité sénatorial, le gouvernement fédéral a aujourd'hui

concepts of health and improve the focus, the organization and the delivery of governmental services. This would mean engaging with Aboriginal political leaders, leaders in health research, community stakeholders, members and related non-governmental organizations and entities. This approach would not only demand coordination of governmental programs and services but would also require building upon the strengths of existing entities, such as the national collaborating centres, the National Aboriginal Health Organization, NAHO, and the Institute of Aboriginal People's Health in CIHR. Some of those entities exist.

One might also look to ground-breaking examples, such as the Tripartite First Nations Health Plan, an agreement signed between Canada, British Columbia and the British Columbia First Nations Leadership Council. This agreement ensures that First Nations are fully involved in decision making regarding the health of their peoples. Aboriginal groups have also developed comprehensive frameworks for public health. In 2006, the AFN developed a public health framework for improving the health of the people in our communities. The Inuit are developing their framework, and the Metis have also developed a similar document. In addition, the government could provide high-level support to Aboriginal leadership undertaking First Nations, Inuit and Metis health assessments through existing mechanisms, such as the First Nations Regional Longitudinal Health Survey.

In short, we have high-level agreements that can help us to guide implementation strategies; and we have some examples. We have models of shared governance to draw upon. We have capacity as well as public health frameworks developed by Aboriginal people. We have mechanisms upon which to build a comprehensive and coordinated plan for the Aboriginal health and well-being of Canada.

Finally, I will close with my thoughts on population health research and knowledge translation. There is an ongoing need for adequate support for innovative, community-based research that ascertains policy program and service interventions, ones that work and ones that do not work as well. I think we heard that from Ms. Beanlands earlier. Since 2000, the federal government has supported development of NAHO and the NCCAH, which are engaged to various degrees in research and knowledge translation. These organizations can help develop a concerted national Aboriginal health research agenda with strong collaborative partnerships, with the strength and linkages between government, research institutions, communities and organizations.

l'occasion de faire participer les dirigeants autochtones à l'élaboration d'une approche qui respectera les concepts autochtones de la santé et qui permettra de mieux cibler, de mieux organiser et de mieux dispenser les services gouvernementaux. Cela signifie qu'il faudra faire participer les dirigeants politiques autochtones, les chercheurs en santé, les partenaires communautaires, les membres des groupes et les organisations et entités non gouvernementales qui oeuvrent dans le domaine. Une telle approche nécessitera non seulement une coordination entre les programmes et services gouvernementaux, mais aussi un certain savoir-faire pour tirer parti des forces des entités existantes, comme les Centres de collaboration nationale, l'Organisation nationale de la santé autochtone, l'ONSA, et l'Institut de la santé des Autochtones, des IRSC. Ces entités existent déjà.

On pourrait également s'inspirer de certaines réalisations remarquables comme le Plan tripartite pour la santé des Premières nations, accord qui a été signé entre le Canada, la Colombie-Britannique et le British Columbia First Nations Leadership Council. Cet accord garantit que les Premières nations participent pleinement aux décisions qui sont prises en ce qui concerne la santé de leurs membres. Les groupes autochtones ont aussi défini des politiques générales en matière de santé publique. En 2006, l'APN a élaboré une politique-cadre de santé publique pour améliorer la santé des membres de ses communautés. Les Inuits sont en train d'élaborer leur propre politique-cadre, et les Métis ont eux aussi préparé un document semblable. De plus, le gouvernement pourrait aider les dirigeants autochtones à entreprendre des évaluations de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, en utilisant les mécanismes existants, comme l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations.

Bref, nous avons déjà des accords à haut niveau qui nous permettent d'orienter des stratégies de mise en oeuvre, et nous avons déjà de bons exemples de ce genre de réalisations. Nous avons aussi des modèles de gouvernance partagée dont nous pouvons nous inspirer. Nous avons la capacité de le faire, et nous avons aussi ces politiques-cadres de santé publique qui ont été définies par les Autochtones. Nous avons les mécanismes nécessaires pour mettre en place un plan complet et coordonné pour la santé et le bien-être des Autochtones du Canada.

Enfin, permettez-moi de conclure en disant quelques mots de la recherche sur la santé des populations et sur l'application des connaissances. Nous avons besoin de soutien pour entreprendre des recherches communautaires novatrices afin de déterminer quels programmes et services fonctionnent et lesquels fonctionnent moins bien. Je crois que Mme Beanlands vous a dit la même chose tout à l'heure. Depuis 2000, le gouvernement fédéral a contribué à la création de l'ONSA et du CCNSA qui s'intéressent tous deux, à des degrés divers, à la recherche et à l'application des connaissances. Ces deux organisations pourraient contribuer à l'élaboration d'un programme national de recherches sur la santé des Autochtones, programme qui nécessiterait de solides partenariats ainsi que des passerelles entre les gouvernements, les établissements de recherche, les communautés et les organisations.



One of the highlights of our own NCCAH work was an inaugural forum in February 2008 on the indigenous social determinants of health. This forum for the first time brought together representatives from many and varied sectors, including government departments across the country, to explore indigenous social determinants of health in their broader context. We are also nearing completion of a comparative inventory of Aboriginal health policies that are in place at the national, provincial and territorial levels. This is a tool that we have developed for researchers and policy-makers and is hopefully useful to community members as well. We have a number of activities going on that support the population health agenda.

In closing, when it comes to addressing this complex multifaceted and interconnected issue of social determinates of Aboriginal health and well-being, I would urge you to consider starting with children. Almost half the Aboriginal population consists of children aged 24 and under. It would seem sensible at an early age to deal with the health consequences that we see manifested in adulthood. It is in our children where so many social determinants, including poverty, culture, education, employment, language and self-determination, all intersect.

I thank you for the opportunity to present my thoughts on behalf of the NCCAH.

**The Chair:** Thank you very much. A number of senators want to question you, and I would like to begin.

We are reaching the point where we are working with a structural framework for our final report on the recommendations. You are here to help us wire it, so to speak. The information system will be of vital importance as this whole movement unfolds for the tracking of progress and the identification of needs and the identification of change and so forth.

We are working towards identifying what we need at the highest level of the federal government. We are working towards what we need on the ground. We selected at the beginning two areas to target so that we could implement our recommendations from top to bottom. These two areas are Aboriginal health and maternal, child and adolescent development and so forth.

I was pleased, Ms. Greenwood, that you repeated something I heard during the mental health hearings from the native communities, and that is that there are problems with the children and there are problems with the mothers and with the older children, particularly the young adults, who feel disenfranchised. We cannot leave them out.

Here is what I would like you all to address, if you can, starting with Ms. Beanlands and going in the order of your presentations. We have a tremendous number of good things in place, many of which were mentioned, through CIHR and the new Public Health Agency, a new atmosphere of cooperation federally and provincially through public health and through CIHI's population health initiative, and the Statistics Canada

L'une des grandes de réalisations du CCNSA a été la création, en février 2008, d'un forum sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Ce forum a permis de réunir, pour la première fois, des représentants de nombreux secteurs variés, y compris des ministères gouvernementaux de tout le pays, pour discuter des déterminants sociaux de la santé des Autochtones dans un contexte plus large. Par ailleurs, nous sommes en train de mettre la dernière main à un inventaire comparatif des politiques de santé autochtones qui existent aux niveaux national, provincial et territorial. Cet outil, que nous avons mis au point à l'intention des chercheurs et des décideurs, devrait aussi être utile aux membres des communautés. Nous avons donc entrepris un certain nombre d'activités dans le secteur de la santé des populations.

Pour terminer, s'agissant de cette question fort complexe que sont les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des Autochtones, je pense qu'il est très important de commencer par les enfants, car les moins de 24 ans représentent près de la moitié de la population autochtone. Il est évident qu'il faudrait commencer dès le plus jeune âge à contrer les effets sur la santé qui se manifestent plus tard à l'âge adulte. C'est pendant l'enfance que beaucoup de déterminants sociaux s'exercent en même temps, notamment la pauvreté, la culture, l'éducation, l'emploi, la langue et l'autodétermination.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous faire part de mes réflexions, au nom du CCNSA.

**Le président :** Merci beaucoup. Un certain nombre de sénateurs désirent vous poser des questions, mais j'aimerais être le premier.

Pour ce qui est de notre rapport final sur les recommandations, nous en sommes à l'étape de l'élaboration d'un cadre structurel, et votre rôle ici est de nous aider à l'articuler, pour ainsi dire. Le système d'information aura une importance cruciale, tout au long du processus, pour le suivi des progrès, l'identification des besoins, la mesure du changement, et cetera.

Nous essayons de déterminer ce dont nous avons besoin au plus haut niveau du gouvernement fédéral, et également ce dont nous avons besoin sur le terrain. Au départ, nous avons sélectionné deux secteurs cibles pour mettre en oeuvre nos recommandations de haut en bas. Ces deux secteurs sont la santé autochtone et le développement de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

Je suis content, madame Greenwood, de vous avoir entendue dire quelque chose que j'avais déjà entendu dans des communautés autochtones, lors de nos audiences sur la santé mentale, à savoir qu'il y a des problèmes avec les enfants et qu'il y a aussi des problèmes avec les mères et avec les enfants plus âgés, surtout les jeunes adultes qui se sentent exclus. Nous ne devons pas les oublier.

J'aimerais poser une question à laquelle j'aimerais que vous me répondiez tous, en commençant par Mme Beanlands puis les autres témoins, dans l'ordre de leurs interventions. Il y a déjà beaucoup de bonnes choses en place, et on en a mentionné un grand nombre, grâce au CCNSA et à la nouvelle Agence de santé publique; un nouveau climat de collaboration s'est instauré aux niveaux fédéral et provincial dans le domaine de la santé



information system, which they are prepared to adapt. We have had them before us and talked to them about it. It is my belief that we really have to concentrate on community to make this meaningful, because the system, way up there at the top, cannot give you the information you need to translate into the kinds of communities you talked about, Ms. Beanlands.

What resources do you think we must embrace to give us the ability to establish what information we have now? We have plenty of information now to take some action, but how then to build on that information and to measure the progress we are making, whether it be on environment, air pollution, or the correction of poverty, or through the solution to drinking water nationwide?

**Ms. Beanlands:** I shall start. I know my colleagues will help me out here.

The question is a provocative and important one. We have a lot of information. We have to make a good assessment of what it is that we have and also do an evaluation of how accurate that information is. We have to look at what we should keep and maybe what we should not use.

There will be several challenges, including the definitions on which the data was collected. What does the data really mean? Does it mean what we think it means? Do we all have the same understanding of the label that the data was given when it was collected?

There is another challenge in the data we have. I believe we have good data on education, but what does that mean in terms of the social determinants of health? Is education the same as literacy? Is education the same as health literacy? How do we unpack those concepts?

We know that social networks are important, but we have no information in this country that can be compared between communities.

Another challenge is that we need a framework upon which to collect the information. I would submit that perhaps the determinants of health could provide such a framework. They are comprehensive, interrelated and, I believe, could help change the paradigm for how we think about health. Health services are important and are one of the determinants of health, but they are only one of 12 that you have listed in your report. Where do they stack up? How much money are we now spending on that one determinant when we compare it to the other determinants?

We need to have an information system that does a number of things, including measuring those determinants in a way that can be compared across the country. Data needs to be collected at the community level, because once we have it at the community level we can roll it up into regional, provincial and national levels; but

publique. Il y a l'initiative en santé publique de l'ICIS, et il y a le système d'information de Statistique Canada que les responsables sont prêts à adapter, c'est ce qu'ils nous ont dit lorsqu'ils ont comparu devant notre comité. J'ai l'impression que nous allons devoir nous concentrer au niveau communautaire si nous voulons mettre en place une structure qui se tienne, car si l'on reste dans les hautes sphères, le système ne pourra pas nous donner les informations dont nous avons besoin pour que tout cela se traduise au niveau des collectivités, comme vous l'avez dit, madame Beanlands.

De quelles ressources avons-nous besoin pour pouvoir tirer parti de l'information dont nous disposons déjà? Nous disposons de beaucoup d'informations, la question est de savoir comment en tirer parti et comment mesurer les progrès, qu'il s'agisse d'environnement, de pollution atmosphérique, de lutte contre la pauvreté ou du problème de l'eau contaminée.

**Mme Beanlands :** Je vais commencer, et mes collègues viendront ensuite certainement à mon aide.

Votre question est importante et mérite réflexion. Nous disposons de beaucoup d'informations, mais il faut en faire un inventaire précis et en vérifier l'exactitude. Il faut définir ce que nous voulons garder et, éventuellement, ce que nous ne pouvons pas utiliser.

On se heurtera à des difficultés, notamment les définitions à partir desquels les données ont été recueillies. Quelle est la signification réelle de ces données? Est-ce la signification à laquelle on pense? Est-ce qu'on comprend tous de la même façon la définition qui a été attribuée à telle donnée lorsqu'elle a été recueillie?

Un autre problème va se poser. Nous avons, je pense, des données valables sur l'éducation, mais qu'est-ce que cela signifie par rapport aux déterminants sociaux de la santé? Éducation et littératie sont-elles synonymes? Éducation est-elle synonyme de littératie en santé? Comment peut-on décortiquer ces concepts?

Nous savons que les réseaux sociaux sont importants, mais nous n'avons pas au Canada d'informations que l'on puisse comparer d'une collectivité à l'autre.

Une autre difficulté consistera à définir le cadre dans lequel ces informations seront recueillies. Je pense que les déterminants de la santé pourraient en être un. En effet, ils couvrent tout, ils sont reliés les uns aux autres, et je pense qu'ils pourraient nous aider à modifier notre définition de la santé. Les services de santé comptent parmi les déterminants de la santé; ils sont importants, certes, mais ils ne représentent que l'un des 12 déterminants énumérés dans votre rapport. Quel poids ont-ils? Combien d'argent consacrons-nous à ce déterminant par rapport aux autres déterminants?

Il nous faut un système d'information capable de faire un certain nombre de choses, notamment de mesurer ces déterminants et de faire des comparaisons d'une région à l'autre du pays. Il importe de recueillir les données au niveau communautaire, car, à partir du moment où nous les avons au

when we collect data the other way around, it is hard to roll it down from pan-Canadian to provincial, to territorial, to regional, to community levels.

It is important that the communities be involved in identifying what is important to collect. I know that is a shift in thinking. We do not necessarily do that now, but I believe that will be an important consideration.

We need to have people understand the importance of data, have them feel that they can control their data and have them give us accurate data. That is another whole dimension of the information we collect.

[Translation]

**Mr. Benoit:** I think we can refer to some of the lessons given at user meetings.

[English]

The user meeting on the environmental scan that we did at the beginning of the NCC program informed us, and we will continue to do that. A key message we heard is that people want to have a one-stop shop, and that relates to policy and other things.

We were also told that there are some good chunks of information about policy program indicators, but they are stuck in silos and in different parts of the country. We want to bridge them, again referring to the bridge function of the national collaborating centre.

Finally, most important for policy, and it could apply to data as well, is that we need to have a way to make sure that people have the tools so that they can contextualize how it applies to them and how can they apply that to their community level or their actions.

**Dr. Copes:** That is an excellent question, and it is important that we not lose sight of the community or local relevance of what we are trying to do. When I think about CIHI, and I mentioned possibly a Canadian institute for environmental information, it is a big macro system that feeds the policy-makers. It will not have the impact it should.

Some of the CIHI reports I have seen that create local interest are on different hospital outcomes in different parts of the country. People ask questions. Sometimes those reports may have more hidden in them than what meets the eye.

Along the environmental side, there is an interest in environmental issues across the country. There is not much information, and in many of the local issues I have dealt with, folks are far too fearful, in many respects, than they should be about the environment, and that is a negative impact. Kids stay inside. We are worried about air pollution and all sorts of risks

niveau communautaire, nous pouvons les transposer aux niveaux régional, provincial et national; par contre, quand on les recueille au niveau national, il est difficile de les transposer aux niveaux provincial, territorial, régional ou communautaire.

Il est important que les collectivités participent au choix des données qui seront recueillies. Je sais que cela représente un changement de paradigme et que ce n'est pas toujours ce que nous faisons à l'heure actuelle, mais je pense que c'est un changement important.

Il faut aussi que les gens comprennent l'importance des données, qu'ils aient l'impression qu'ils contrôlent leurs données et qu'ils nous fournissent des données exactes. C'est toute une autre dimension des données que nous recueillons.

[Français]

**M. Benoit :** Je pense qu'on peut faire référence à certains des enseignements donnés lors de rencontres avec des usagers.

[Traduction]

La rencontre avec les utilisateurs que nous avons organisée au sujet de l'évaluation environnementale que nous avons faite au début du programme des CCN nous a permis de tirer certains enseignements, et nous allons continuer à en organiser. L'un des messages importants que nous avons entendus est que les gens veulent avoir un guichet unique, qu'il s'agisse de politique ou d'autre chose.

On nous a dit aussi qu'il existait beaucoup d'informations sur les indicateurs de programmes, mais que ces informations étaient entposées dans différents endroits du pays, sans lien entre eux. Il faut absolument décloisonner tout cela, et j'en reviens à la fonction de passerelle que doit avoir le Centre de collaboration nationale.

Enfin, cela concerne surtout la politique mais cela pourrait s'appliquer aussi aux informations, il faut que les gens aient les outils nécessaires pour contextualiser comment ces données peuvent s'appliquer à eux et comment elles peuvent s'appliquer au niveau de leur collectivité.

**Dr Copes :** C'est une excellente question, car il est important que ce que nous cherchons à faire ait une pertinence au niveau local ou communautaire. Quand je pense à l'ICIS, et j'ai parlé de la création éventuelle d'un institut canadien sur l'information environnementale, c'est un énorme système macro qui alimente les décideurs. Cela n'aura pas l'impact qu'on recherche.

Certains des rapports de l'ICIS que j'ai vus et qui ont suscité un intérêt local portent sur les résultats de différents hôpitaux de diverses régions du pays. Les gens posent des questions. Parfois, ces rapports contiennent plus d'informations qu'on ne le voit à la première lecture.

Pour ce qui est de l'environnement, c'est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt dans l'ensemble du pays. Il n'existe pas beaucoup d'informations, et dans bien des dossiers locaux que j'ai eus à traiter, les gens ont beaucoup trop de craintes à l'égard de l'environnement, et cela a une incidence négative. Par exemple, on garde les enfants à l'intérieur, on a peur de la pollution

out there from the environment when we should be viewing the environment in more of a First Nations' type of framework as a source of sustenance and nourishment for all of us, and we have lost some of that.

How can we take a big information system, or information, and relate it to the community level? Perhaps we can use benchmarks or indicators for things like your local water system. How much do Canadians know about where their water comes from? How does their particular drinking water source, in objective terms, compare with appropriate benchmarks, such as other communities in their province and across Canada, adjusting for size and making for true comparability?

Can we generate information that will inform or put in context many of the important environmental factors, stimulate questioning and, perhaps more important, bring about appropriate action where there are disparities or where one community looks like it is not as well off as another community? We can do that with the information systems I would envisage in environmental health.

Returning to maternal and child health, parents are particularly concerned about children, and we have some fears and challenges about Canada's youngest Canadians. We also have some incredible success stories. It amazes me the amount of media attention we still get about childhood lead exposures. Lead exposure reduction is a huge public health success story, and if we compare the lead exposures to children in my kids' generation to mine or my parents', we have made huge progress, but many other exposures have gone up. Information on Canada's youngest Canadians can provide us with information, almost like the canary in the coal mine, such as the following: Where are these exposures coming from? How quickly are we exposed? What are the sources? How can we intervene specifically through something like Health Canada's banning of BPA in baby bottles or other targeted interventions that are likely to have an effect and address those exposures that are going up, rather than worrying about exposures that have come down dramatically in the last half century? We should probably channel a lot of that interest and effort into dealing with emerging and new problems, which we can only pick up through an information system and monitoring and tracking of exposures that we are not yet doing in this country. We could take that on a consistent basis nationally and roll it out or have report cards and reports that could be relevant at a community level, too.

**Ms. Greenwood:** At this time, we have some specific indicators, but we need a lot of research and greater understanding of indicators of help that would be specific to Aboriginal populations. We have got some building to do there.

atmosphérique et de tous les autres risques que pose l'environnement, alors que nous devrions considérer l'environnement un peu comme le font les Premières nations, c'est-à-dire comme une source de subsistance et de nourriture pour les êtres humains. Nous avons un peu perdu cette notion-là.

Comment relier un gros système d'information, ou l'information tout court, au niveau communautaire? On pourrait par exemple utiliser des repères ou des indicateurs à des choses comme le système local d'adduction d'eau. Les Canadiens savent-ils d'où vient l'eau qu'ils boivent? Peut-on comparer, en utilisant des repères objectifs, la source de l'eau qui alimente une collectivité à celle d'autres collectivités de la province ou du pays, en tenant compte de la taille de la collectivité et en choisissant deux collectivités comparables?

Est-il possible de recueillir des données qui documenteront ou mettront en contexte un grand nombre de facteurs environnementaux importants, qui stimuleront les questions et qui, surtout, déclencheront des interventions appropriées lorsque les disparités le justifieront ou lorsqu'une collectivité aura l'impression de ne pas être aussi bien lotie qu'une autre? Cela sera possible avec les systèmes d'information que j'envisage en santé environnementale.

Pour en revenir à la santé de la mère et de l'enfant, j'aimerais vous dire que les parents s'inquiètent beaucoup pour leurs enfants. Certes, nous avons des craintes et des problèmes au sujet des plus jeunes enfants, mais nous avons eu aussi des succès incroyables. Je suis toujours surpris de voir combien les médias s'intéressent à l'exposition des enfants au plomb. Or, nous avons réussi à réduire considérablement les taux d'exposition au plomb, et c'est un grand succès. Si nous comparons les taux d'exposition des enfants d'aujourd'hui à ceux de ma génération ou à celle de mes parents, nous voyons que nous avons fait d'énormes progrès. En revanche, beaucoup d'autres expositions, elles, se sont aggravées. En recueillant des données sur les jeunes enfants au Canada, on peut avoir ce genre d'informations. C'est un peu comme le canari dans la mine de charbon, et il faut se demander : d'où viennent ces expositions? À quelle vitesse y sommes-nous exposés? Quelles en sont les sources? Comment pouvons-nous intervenir? Devons-nous faire comme Santé Canada lorsqu'il a interdit le BPA dans les biberons? Devons-nous choisir des interventions ponctuelles et ciblées, qui auront un effet sur les expositions en progression, plutôt que de continuer de redouter des expositions qui ont considérablement diminué au cours des 50 dernières années? À mon avis, nous devrions canaliser cet intérêt pour l'environnement vers les nouveaux problèmes qui apparaissent, et ces nouveaux problèmes, nous ne pouvons les connaître que grâce à un système d'information, de contrôle et de suivi des expositions, ce qui n'existe pas au Canada. Nous devrions effectuer ces contrôles et ces suivis de façon régulière au niveau national et, ensuite, transposer les données dans des fiches ou des rapports qui auraient leur pertinence au niveau communautaire.

**Mme Greenwood :** À l'heure actuelle, nous disposons de certains indicateurs spécifiques, mais il va falloir entreprendre bien d'autres recherches pour mieux comprendre quels indicateurs sont propres aux populations autochtones. Il y a du travail à faire.



Also, as I said earlier, there is work to do just collecting basic information and vital statistics. It happens in some places, but it is not consistent, so we cannot really look at Aboriginals compared to other people.

We have some relationships and some entities that we can build upon. Some places and pieces are doing things well. At the community level, a number of examples of data collection work very well in those communities, and we need to bring those forth and give them voice so that we can all know about them and add that to our information. We have that building to do.

In terms of capacity, I think about human resources as well, not just infrastructure capacity and the mechanism of doing it. How do we build capacity in Aboriginal communities to collect, know and analyze this data and to facilitate those interfaces with the provinces, the territories and nationally? If we are talking about the community level up, a lot of building and infrastructure has to happen. However, we have relationships and examples.

To go back to a comment I made earlier, it struck me that you said in your document that sectors other than health have the greatest potential to improve or worsen population health and well-being and to reduce health disparities. That is really poignant to me because in the communities, we think about holistic health. If I was talking with elders we would probably talk about holism, about holistic health. They would probably not have the same concept as we do about population health, but holistic health would be that piece. I think about all those other pieces that we have lots of statistics on beyond the health sector, for example education and employment, and how we bring those together.

Earlier I mentioned a meeting that we hosted here; we invited Aboriginal organizations with a national mandate. Of the 56 such organizations in the country, 49 were represented at the meeting, and they told us that they had never been together in the same room to talk about this. Yet we all carried the same vision for our children, families and communities and for our health and well-being.

I was struck by that comment, and I think that holistic health from an Aboriginal perspective reaches down to when we are looking at indicators and back up again. In your document, you also talked about vertical and horizontal movement. We can see that holistically and circularly, too.

**The Chair:** I have another important question for you, but I have to let the other senators go first.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a aussi du travail à faire au niveau de la collecte des renseignements sur l'état civil. Cela se fait dans certains endroits, mais ce n'est pas généralisé, donc on ne peut pas faire de comparaisons entre les Autochtones et les autres Canadiens.

Il y a certains systèmes et certaines entités qui fonctionnent bien et qu'on pourrait renforcer. Dans certains endroits, cela marche plutôt bien. Dans certaines collectivités, les systèmes de collecte des données fonctionnent très bien. Ce qu'il faut faire, c'est permettre à ces collectivités de s'exprimer pour que nous puissions en savoir davantage à leur sujet et ainsi inclure leurs données dans nos bases de données. Voilà ce qu'il faut faire.

Pour ce qui est de la capacité, je pense aussi aux ressources humaines, et pas seulement à l'infrastructure et aux façons de procéder. Comment faire pour que les collectivités autochtones aient la capacité de recueillir, de compiler et d'analyser ces données et d'assurer l'interface avec les niveaux provincial, territorial et national? Si nous voulons que les données partent de la communauté et remontent dans le système, il va falloir développer les capacités et les infrastructures. Mais cela s'est déjà fait, nous en avons des exemples.

Pour en revenir à ce que je disais tout à l'heure, je dois vous avouer que j'ai été très étonnée lorsque j'ai lu, dans votre document, que c'étaient des secteurs autres que celui de la santé qui avaient le plus grand potentiel d'améliorer ou d'aggraver la santé des populations et de réduire les disparités dans le domaine de la santé. Cela me touche beaucoup car, dans nos communautés, nous considérons la santé d'une façon holistique. Si je discutais avec des anciens, nous parlerions probablement d'holisme ou de santé holistique. Ils n'auraient sans doute pas la même conception que vous de la santé des populations, ils parleraient plutôt de santé holistique. Je pense aussi à tous les autres éléments à propos desquels nous avons beaucoup de statistiques, en dehors du secteur de la santé, par exemple l'éducation et l'emploi, et comment nous pourrions relier tous ces éléments.

J'ai parlé tout à l'heure d'une rencontre que nous avons organisée. Nous avons invité toutes les organisations autochtones ayant un mandat national. Sur 56 organisations de ce genre au Canada, 49 ont envoyé un représentant à cette rencontre, et ils nous ont dit qu'ils ne s'étaient jamais retrouvés tous ensemble, dans la même salle, pour parler de cette question. Et pourtant, nous avons tous la même vision en ce qui concerne nos enfants, nos familles, nos collectivités, notre santé et notre bien-être.

C'est pour cela que cette phrase de votre document m'a surprise; les Autochtones ont une vision holistique de la santé, qui comprend les indicateurs dont vous parlez et bien d'autres aussi; il y a un mouvement, ce n'est pas statique. Je constate d'ailleurs que vous parlez aussi, dans votre document, de mouvement vertical et horizontal. Holistiquement, cela peut se concevoir, mais ça peut être aussi circulaire.

**Le président :** J'ai une autre question importante à vous poser, mais je vais laisser parler les autres sénateurs.

**Senator Cochrane:** Dr. Copes, you indicated that our neighbourhoods and our communities can influence our eating, our physical activity and our social interactions. Have you examined options for how to design communities that promote health? Can you think of any models where healthy eating, physical activity and social engagement have been achieved?

**Dr. Copes:** A colleague of mine, Dr. Larry Frank, who has recently come to Canada from the U.S., has done a lot of research mostly on walkability and the influence of community design on physical activity. There is certainly good research literature there. Many of his papers would address the physical activity part of the environment.

There is also emerging literature on proximity to fast food outlets versus other sources of food. I am not as familiar with that literature, but it would also support the view that if you live or work within say 500 metres of fast food outlets, you are less likely to consume fresh fruits and vegetables than you are if those are available nearby.

There is a market in the lobby of a government building in Victoria. Although I think that is a wonderful intervention, we are again falling into the pattern of putting in something new — in this case a farmer's market — but we are not evaluating what kind of a change it will have on the diets of people who work in that building. The irony is that we are putting in innovations and interventions but we are failing to ask how much of a difference they might make.

Similarly, with respect to social engagement, some emerging literature looks at how close together houses are built and whether there is an opportunity for interaction in front yards or everything is set back and the development is oriented to private space in backyards. The question is whether this promotes or prevents the engagement of people on the same block and the extent that we feel part of a neighbourhood or community. There is some research, but I fear we are stumbling around and not evaluating many of these things as rigorously and frequently as we should. I think this is a wonderful area for research and also for improving the health of Canadians on some of the big issues that face us.

My colleague mentioned the topic of food in schools. Some provinces are undertaking to get junk food out of schools. There you have more of a captive audience. Again, are we evaluating that and documenting the extent of the effect, or are we simply implementing the change and not doing the before and after comparison?

**Ms. Beanlands:** I think it is inconsistent, and I encourage the support of these evaluations wherever possible, because they are extremely important.

**Dr. Copes:** What works and what does not.

**Le sénateur Cochrane :** Docteur Copes, vous avez indiqué que les quartiers et les collectivités peuvent avoir une influence sur nos habitudes alimentaires, notre activité physique et nos interactions sociales. Avez-vous des scénarios à proposer quant à l'aménagement de collectivités favorables à la santé? Avez-vous des exemples à nous donner de collectivités dont l'aménagement encourage de saines habitudes alimentaires, l'activité physique et les interactions sociales?

**Dr Copes :** L'un de mes collègues, le Dr Larry Frank, qui est récemment arrivé des États-Unis, a fait beaucoup de recherches sur l'influence de l'aménagement urbain sur l'activité physique et sur les déplacements à pied, notamment. Ce sont des études intéressantes, et beaucoup portent sur l'environnement et la sédentarité.

Des études commencent également à sortir sur la proximité des épiceries qui vendent des aliments tout préparés, par opposition à des épiceries qui vendent des légumes et des produits frais. Je ne suis pas très au courant de ce genre d'étude, mais elles démontrent elles aussi que si vous habitez ou travaillez à moins de 500 mètres d'une épicerie vendant des aliments tout préparés, vous avez moins tendance à consommer des fruits et des légumes frais que si vous pouvez vous procurer ces derniers à proximité.

Dans le hall d'un immeuble gouvernemental à Victoria, les gens ont décidé d'organiser un marché de produits agricoles. Même si je crois que c'est une idée extraordinaire, on a choisi encore une fois de mettre du neuf, en l'occurrence un marché, dans une structure existante, sans évaluer l'effet que cela aura sur les habitudes alimentaires de ceux qui travaillent dans cet immeuble. Ce qui est curieux, c'est que nous mettons en place des interventions novatrices sans avoir si elles vont avoir un impact réel.

De la même façon, pour ce qui est des interactions sociales, on commence à étudier dans quelle mesure la proximité des maisons encourage les contacts dans la cour d'entrée ou bien si l'aménagement privilégie le jardin privatif de l'arrière de la maison. On essaye de savoir si cela encourage ou freine les contacts entre les habitants d'un même pâté de maisons, et dans quelle mesure ces derniers ont l'impression de faire partie d'un quartier ou d'une collectivité. Cette question fait l'objet d'études, mais j'ai l'impression que nous n'avancions pas beaucoup, car nous n'évaluons pas tous ces éléments de façon aussi rigoureuse et aussi assidue que nous le devrions. C'est un sujet de recherche extrêmement intéressant, car c'est un moyen d'améliorer la santé des Canadiens à bien des égards.

Ma collègue a parlé de la nourriture dans les écoles. Certaines provinces ont décidé de supprimer la vente d'aliments malsains dans les écoles. Dans ce cas, la clientèle est plus que captive. Mais là encore, allons-nous pouvoir évaluer et documenter l'effet que cela aura, ou bien avons-nous simplement décidé d'opérer le changement sans faire de constat avant et après?

**Mme Beanlands :** Je crois que ces évaluations ne sont pas systématiques, et pourtant elles devraient l'être, car elles sont extrêmement importantes.

**Dr Copes :** De ce qui marche et de ce qui ne marche pas.

**Senator Cochrane:** We need these models and we need to go out and promote the effectiveness of what people are doing.

**Dr. Copes:** Yes. I am sorry; I should have mentioned that Dr. Larry Frank has mapped communities in Vancouver, Atlanta and I believe Victoria looking at walkability, high walkability areas, low walkability areas and the difference in layout among those neighbourhoods. That research provides good guidance or a model, if you will, for governments involved in land use planning and developing new neighbourhoods.

**Senator Cochrane:** According to what you are saying, then, this has not been applied; it is just an idea. Is that right?

**Dr. Copes:** Local government folks, at least in Vancouver, the area I am most familiar with, are aware of Dr. Frank's work and are looking at its practical applications for a community. There is still a real need to get the results of this research out and to make it available to the policy-making and practice community. That is a job that the NCCs collectively have to tackle.

**Senator Cochrane:** Mr. Chair, we should obtain that information and have an opportunity to read it and divulge it.

**The Chair:** Dr. Copes, before you depart, perhaps you could leave that source with the clerk.

**Dr. Copes:** Yes.

**Senator Cochrane:** It would be interesting reading. At what point do you think we should move from research to action in order to actually establish priorities and measuring tools and to put all the research and theories into action?

**Mr. Benoit:** That question is at the heart of many of our discussions. As all public health actors do, we have a commitment to using evidence in our work and not improvising. At what level do you have this kind of evidence available? Should we continue until there is sufficient evidence?

One answer could be to make available to people a continuum of research such as the walkability studies of various areas. The Sudbury & District Health Unit has brought forward such a program. The assessments and information must be documented and assimilated in order to see what level of evaluation exists. We should make available the information that such programs exist and add the level of evidence supporting them. You have a choice to make.

In a sense, this speaks to another request from public health actors. Canada seems to be a country of scans. If we want to develop a program, we do a scan. The time spent doing that is time spent away from the activity. If those things are available as information with the assessment or evidence involved, then you can make an informed decision.

**Le sénateur Cochrane :** Nous aimerions avoir des exemples pour pouvoir faire la promotion des interventions efficaces.

**Dr Copes :** Oui, excusez-moi. J'ai oublié de vous dire que le Dr Larry Frank a cartographié des collectivités de Vancouver, Atlanta et Victoria, je crois, pour en mesurer les possibilités de déplacements à pied, les zones à déplacements fréquents et les zones à faibles déplacements, et les différences d'aménagement d'un quartier à l'autre. Cette étude constitue un bon exemple, pour les gouvernements, de la façon dont on peut aménager de nouveaux quartiers.

**Le sénateur Cochrane :** Si j'ai bien compris, l'étude n'a pas donné de résultats concrets, c'est simplement théorique, n'est-ce pas?

**Dr Copes :** Les gouvernements locaux, au moins dans la région de Vancouver que je connais bien, son au courant des études du Dr Frank et ils envisagent d'en appliquer les principes à une collectivité. Il faudrait vraiment que cette étude soit publiée plus largement et portée à la connaissance des décideurs. C'est un rôle que les CCN devraient jouer tous ensemble.

**Le sénateur Cochrane :** Monsieur le président, nous devrions nous procurer cette étude afin d'en prendre connaissance et de la diffuser plus largement.

**Le président :** Docteur Copes, avant de partir, auriez-vous l'obligeance d'en donner les références à la greffière?

**Dr Copes :** Volontiers.

**Le sénateur Cochrane :** Ce sera certainement très intéressant à lire. Quand pensez-vous que nous devrions passer de la théorie à la pratique? Quand devrions-nous fixer des priorités et prévoir des outils d'évaluation pour véritablement mettre toutes ces idées en pratique?

**M. Benoit :** Cette question est au coeur de nombreuses discussions. En santé publique, chacun sait que toute intervention doit être fondée sur des données probantes, qu'il n'est pas possible d'improviser. Dispose-t-on actuellement de données probantes? En avons-nous suffisamment ou devons-nous continuer à en recueillir?

Une solution serait peut-être de mettre à la disposition des gens une série d'études sur les possibilités de déplacements à pied, dans certains quartiers ou régions. L'unité de santé de Sudbury et son district a mis sur pied ce genre de programme. Les données doivent être documentées et compilées pour pouvoir être évaluées. Nous devrions faire savoir que de tels programmes existent, et diffuser les données probantes qui les justifient. C'est un choix à faire.

Dans un certain sens, cela nous amène à une autre suggestion des intervenants de la santé publique. Le Canada est le pays des évaluations générales. Chaque fois que nous voulons mettre en place un programme, nous faisons une évaluation générale. Mais le temps qu'on passe à faire des évaluations générales, c'est du temps en moins pour agir. Si vous disposez d'informations suffisamment documentées, de données suffisamment probantes, vous pouvez prendre une décision informée.



**Senator Cochrane:** Would anyone else like to respond to that?

**Dr. Copes:** It is an excellent question. In public health, we have best practices. I am a real skeptic, but how do we know a practice is the best? We need to recognize that often the perfect is the enemy of the good, and what we should be looking at in a more rigorous and consistent manner is "promising practice."

What is coming out of new research findings that has application to front-line public health work? How can we shorten the time from research to action, at least on a pilot basis? Let us come back to this evaluation. Let us explicitly put things in as pilots promising practice. Let us evaluate if it works. If it does, let us transmit success stories. If not, let us scratch our heads, go back to the drawing board, realize that one did not make it and move on to something that looks promising.

**Ms. Beanlands:** To build on my two colleagues' answers, I think it is important to share what does not work so that people do not continually do the same thing just because it seems like a good idea.

I really like "promising practices." I think that is the direction we need to go. I also think that we need to stop being a country of demonstration projects. We need to move on to something more sustained so that we can actually build on what we begin and build on the good things, the things that are working. Let go of the things that do not work. Rather than stop and start all over again, continue building.

The same thing will not work everywhere. We must be open to adaptation and adjustment. We take the good things, try them and figure out how to make them work in that particular circumstance with that particular community or population.

**Ms. Greenwood:** I agree with all that my colleagues have said. I am reminded, Dr. Copes, when you talk about promising practices, about a concept that we see in communities, namely, that we learn from each other. It is like horizontal learning. I will speak from the perspective of early childhood, which is my background. We will try something in our child care centre. It will work, and then we are excited about the different activities we do with the parents and the children. We will share that with the community down the road with us.

A lot of horizontal learning goes on as well. We could build some of those networks. If we are talking about the community level, we can build on those concepts or constructs of horizontal learning and the promising practices. I know there is a place for scientific evidence, but a lot of knowledge out there is not contained in that term. I think all of us share that in our communities and with each other. We should think about that as we try to roll out something very large.

**Le sénateur Cochrane :** Un autre témoin veut-il répondre à cela?

**Dr Copes :** C'est une excellente question. En santé publique, nous avons ce qu'on appelle les pratiques exemplaires. Moi, je n'y crois pas trop, car dans quelle mesure pouvons-nous savoir qu'une pratique est exemplaire? Il faut bien admettre que, souvent, le mieux est l'ennemi du bien, et qu'en fait, ce que nous devrions rechercher de façon plus rigoureuse et plus assidue, ce sont des « pratiques prometteuses ».

Quelles sont les nouvelles recherches qui ont une application directe pour les interventions de première ligne, en santé publique. Est-il possible de raccourcir le délai entre la recherche et l'action, au moins dans le cadre d'un projet pilote? Revenons-en à l'évaluation. Si la pratique semble prometteuse, faisons un projet pilote. Évaluons-la et, si ça marche, faisons connaître les résultats positifs de l'expérience. Sinon, reprenons nos recherches et essayons de trouver une autre solution prometteuse.

**Mme Beanlands :** J'aimerais compléter la réponse de mes collègues en disant qu'il est important de faire connaître les solutions qui n'ont pas marché, pour que les gens ne les répètent pas indéfiniment, tout simplement parce que ça semblait une bonne idée.

J'aime beaucoup cette notion de « pratiques prometteuses ». C'est la direction dans laquelle nous devrions aller. Je pense également que nous devrions cesser d'être un pays de projets pilotes et que nous devrions nous lancer dans des entreprises plus soutenues, construire du solide à partir des solutions qui fonctionnent. Débarrassons-nous de ce qui ne fonctionne pas. Plutôt que de tout arrêter et de recommencer à zéro, continuons sur notre lancée.

La même solution ne fonctionnera pas partout. Nous devons être prêts à l'adapter et à l'ajuster. Il faut retenir les bonnes solutions, les expérimenter et voir comment on peut les adapter aux circonstances particulières d'une collectivité ou d'une population donnée.

**Mme Greenwood :** Je suis d'accord avec ce que tout ce que mes collègues ont dit. Docteur Copes, quand vous parlez de pratiques prometteuses, cela me rappelle un concept que nous appliquons dans nos communautés, et c'est celui de l'apprentissage mutuel. C'est comme l'apprentissage horizontal. Je vais vous donner un exemple de ce que nous faisons avec les très jeunes enfants, puisque c'est le domaine que je connais bien. Lorsque nous essayons une nouvelle façon de faire dans notre garderie d'enfants, et que cela marche bien, nous sommes tous très contents et nous organisons des activités avec les parents et les enfants. Nous en parlons autour de nous dans la communauté.

L'apprentissage se fait aussi de façon horizontale. Nous pourrions développer des réseaux. Au niveau communautaire, nous pourrions développer ces concepts d'apprentissage horizontal et de pratiques prometteuses. Je sais que les données scientifiques probantes ont un rôle à jouer, mais il y a beaucoup de connaissances qui échappent à cette définition. Nous en avons tous fait l'expérience. C'est quelque chose qu'il ne faut pas perdre de vue.

**The Chair:** Senator Trenholme Counsell has a special interest in early child development. I suspect she is not asking about seniors.

**Senator Trenholme Counsell:** This has been a most stimulating presentation. I wanted to congratulate you, Ms. Greenwood, on your comment about beginning with children; as the chair said, I certainly agree with that.

Before I ask a question, I want to put a word in about the fact that you have used networks and horizontal working together and dissemination of information. I absolutely agree with you on that. It is important and it is a philosophy that I feel attached to.

I also wanted to congratulate Ms. Beanlands on mentioning the sex-disaggregated data. That is a mouthful. You have to stop and think what this is about. Is it about data or about sex? I read in the medical journals and in quite a few different places that there is a difference in how women are treated, be it hip surgery, knee surgery or for heart disease. Some of this is probably our own fault because we do not complain enough and we think we cannot leave home or take time to be looked after. That is a fact. I wanted to compliment both of you on that.

I was amazed to read that this is the first time your organizations have come together to think about health determinants, health programs, and so on. That should be underlined. I hope this first time will lead to many more.

I have read and listened and heard that in 2004 the national collaborating centres were set up by the Canadian Public Health Agency of Canada. That was when the health agency was formed. It must have happened more or less at the same time.

**Dr. Copes:** Yes; the announcement.

**Senator Trenholme Counsell:** That is a start. I want to understand the structure. There are four NCC: determinants of health, aboriginal health, environmental health, and healthy public policy. Presumably, you collaborate and bring together a lot of information. I assume you report to the Public Health Agency of Canada and then that agency reports to the Minister of Health. Do you have any possibility of making things happen?

The words you have said here today make me realize that you know what needs to happen. You have been explicit or prescriptive in a number of respects. How do you feel your collaboration results in knowledge going up through government and then something happening?

**Ms. Beanlands:** I will start and my colleagues will finish. There are actually six national collaborating centres. The National Collaborating Centre for Methods and tools, NCCMT, is at McMaster University. The National Collaborating Centre for

**Le président :** Le sénateur Trenholme Counsell s'intéresse tout particulièrement à la petite enfance. Je ne pense pas qu'elle va vous poser des questions sur le troisième âge.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Votre exposé était très intéressant. Vous avez dit qu'il fallait commencer par les enfants, et je vous en félicite, car comme l'a dit le président, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Avant de poser une question, j'aimerais dire un mot sur le fait que vous vous êtes servi des réseaux et de la collaboration horizontale pour diffuser l'information. Je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus. C'est important, et c'est un principe auquel je tiens beaucoup.

J'aimerais également féliciter Mme Beanlands d'avoir parlé des données désagrégées selon le sexe. Quelle expression compliquée! Il faut vraiment réfléchir pour comprendre ce que ça veut dire. Cela concerne-t-il les données ou le sexe? J'ai lu dans des revues médicales et ailleurs que les femmes ne sont pas traitées de la même façon pour des opérations de la hanche ou du genou, ou même pour une chirurgie cardiaque. C'est sans doute en partie de notre faute, parce que nous ne nous plaignons pas assez et que nous pensons que nous ne pouvons pas nous permettre de laisser notre famille pour nous faire soigner. C'est pourtant un fait. J'aimerais donc vous féliciter toutes les deux.

J'ai été très surprise de lire que c'était la première fois que vos organisations se rencontraient pour discuter des déterminants de la santé, des programmes de santé, et cetera. C'est quelque chose qui mérite d'être souligné. J'espère que cette première rencontre sera suivie de beaucoup d'autres.

J'ai lu et entendu que les Centres de collaboration nationale ont été créés par l'Agence de santé publique du Canada en 2004. C'est à cette époque-là que l'agence a été créée. C'était donc à peu près à la même époque.

**Dr Copes :** C'est à cette époque que la création de nos centres a été annoncée.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'aimerais comprendre la structure. Il y a quatre CCN : les déterminants de la santé, la santé autochtone, la santé environnementale, et les politiques publiques et la santé. Je suppose que vous collaborez tous ensemble et que vous vous échangez des informations. Je suppose également que vous relevez de l'Agence de santé publique du Canada et que cette dernière relève du ministre de la Santé. Pensez-vous que vous avez le pouvoir de faire des choses?

D'après ce que vous avez dit aujourd'hui, j'ai l'impression que vous savez ce qu'il faut faire. Vous avez été clairs et vous avez proposé des solutions. Pensez-vous que votre collaboration contribue à acheminer les connaissances jusqu'aux niveaux les plus élevés du gouvernement et que c'est alors que les choses se font?

**Mme Beanlands :** Je vais commencer, et ensuite, je laisserai mes collègues compléter ma réponse. Il y a en fait six Centres de collaboration nationale. Les deux autres sont le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, le CCNMO, à

Infectious Diseases, NCCID, is at the University of Manitoba. The six of us work closely together.

Can we effect real change? I believe we can. We are at arm's length from the federal-provincial-territorial collaborations that happen across the nation. Our mandate is to work with public health practitioners and policy-makers. Therefore, it is our responsibility to engage our colleagues in public health practice and in making public health policy and to provide them with the latest evidence in a way that is meaningful.

When I was coming here today, I realized that probably much of what I was saying was jargon. I expected that you might question me and ask me to really tell you what I was talking about. When I go back to my centre, I will suggest that we provide something a bit more understandable to provide you specific examples or stories that you can take away and use when talking with your government colleagues.

Thank you for the invitation to appear here today. Our coming here is part of how we can influence change. I believe that your report will be very important. I think the WHO Commission on Social Determinants of Health, to be released in September, will be another important opportunity to start the dialogue. Although the WHO commission looked at the social determinants of health, it really speaks to all determinants of health, and all six centres have a role to play.

The Canadian Public Health Association is meeting in Halifax in June. That is usually a large gathering of public health practitioners and policy-makers. The NCCs have worked hard together to put on at least three if not four pre-conference workshops where we want to engage public health practitioners. My experience is that public health practitioners and policy-makers are eager for this information and that we have a responsibility to provide them with the evidence and with the promising practices.

So far here we have not mentioned the business case. In our work plans for the next year is to start looking at the business case to actually make these investments.

**Dr. Copes:** Although we were announced in 2004, we are a bit newer than that, because the first of us did not get going with our first operational year until 2006.

We are all at arm's length from the Public Health Agency of Canada, and we like it that way. We do not have a formal reporting relationship up to the federal government. We do want to make a difference. We want to make things happen. Our belief is that we can probably do that most effectively by working through front-line public health organizations across the country nationally. We are told by the Public Health Agency of Canada that we cannot retreat into provincial frameworks. That is good advice. We accept that what the NCCs do must be of national significance.

l'Université McMaster, et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, le CCNMI, à l'Université du Manitoba. Les six centres travaillent en étroite collaboration.

Sommes-nous des agents de changement réel? Je crois que oui. Nous sommes indépendants des collaborations fédérales provinciales territoriales qui existent au Canada. Nous avons pour mandat de travailler avec les praticiens et les décideurs en santé publique. Par conséquent, notre rôle consiste à encourager nos collègues qui exercent dans le secteur de la santé publique, à proposer des politiques de santé publique et à leur communiquer du mieux possible les résultats des recherches les plus récentes.

En venant à la réunion tout à l'heure, je me disais que vous ne comprendriez peut-être pas tout ce que j'allais dire, que j'utilisais un jargon trop particulier, et que vous me demanderiez d'être un peu plus claire. Quand je vais retourner à mon centre, je vais voir si nous pouvons vous préparer un document plus clair, avec des exemples et des cas précis, pour que vous puissiez vous en servir dans vos discussions avec vos collègues du gouvernement.

Merci de m'avoir invitée aujourd'hui. C'est en comparaisant devant vous que nous pouvons provoquer le changement. Je crois que votre rapport sera très important. La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé doit publier son rapport en septembre, et ce sera une autre occasion importante de reprendre le dialogue. Même si la Commission de l'OMS examine les déterminants sociaux de la santé, elle s'intéresse en fait à tous les déterminants de la santé, et les six centres ont donc un rôle à jouer.

Le congrès de l'Association canadienne de santé publique a lieu à Halifax en juin. Il attire généralement un grand nombre de praticiens et de décideurs en santé publique. Les CCN essaient d'organiser au moins trois si ce n'est quatre ateliers juste avant la conférence pour réunir et informer les praticiens en santé publique. D'après ce que j'ai pu constater, les praticiens et les décideurs en santé publique aiment bien ces séances d'information, où notre rôle est de leur communiquer les données probantes et les solutions prometteuses.

Nous n'avons pas encore parlé d'argumentaire. Dans nos plans de travail de l'an prochain, il va falloir commencer à en préparer pour justifier ces investissements.

**Dr Copes :** C'est bien en 2004 qu'on a annoncé la création de nos centres, mais nous n'avons vraiment commencé que plus tard. En fait, 2006 a été la première année d'exploitation du premier centre.

Nous sommes tous indépendants de l'Agence de santé publique du Canada, et c'est bien ainsi. Nous ne relevons pas officiellement du gouvernement fédéral. Nous voulons vraiment servir à quelque chose. Nous voulons être utiles, nous voulons que les choses se fassent, et nous pensons que c'est en collaborant avec les organisations de santé publique de première ligne, partout au Canada, que nous y parviendrons. L'Agence de santé publique du Canada nous a dit que nous ne pouvions pas nous retrancher derrière des structures provinciales. C'est un bon conseil. Nous comprenons que les interventions des CCN doivent avoir une importance nationale.



We are unique in our arm's length relationship from the agency. We have been told that in our environmental scan that provides us with credibility because we have a national mandate but we are not part of government and people will listen to us. We are seen as being independent and not having a particular axe to grind.

We have also received advice that we should tell people «what is» rather than «what should be.» When we provide evidence to practitioners, they want us to tell them what is, what works and what does not, but they do not want us to tell them what they should do. That is not an NCC's mandate or job. It is the right of the people in public health across the country to either adopt or act or not, depending on their particular circumstances and their accountabilities. Those accountabilities are not to us. Their accountabilities go elsewhere in the system.

By and large, I think we heard good advice when we went across the country.

**Senator Trenholme Counsell:** It is reassuring that you are reporting to your colleagues across the country and giving them substantial information on which they can develop their own programs and take action. You have that freedom and liberty to transmit. You bring together knowledge, but you also transmit it.

**Dr. Copes:** Absolutely. In our environmental health scan, we heard an incredible amount of enthusiasm; people were telling us that there is a real need for this. No one else is trying to provide support to front-line environmental health practitioners across Canada. The NCCs are unique, and the people we spoke to told us they are glad we are here.

No one else is doing it. There is information for the public and information for large provincial and federal government departments. However, the folks on the front lines were left wondering who was there to back them up and provide knowledge for them. There was almost a vacuum there, and we are happy to fill that vacuum. We got a warm response right across the country. We are here to do some good.

**Senator Brown:** I know you are gathering very important information. I wonder if anyone is looking down the road to how we can deliver modern health care to small communities. How do we duplicate modern hospitals and all of the technologies they have such as brain scans, MRIs and laser surgery? How could we ever deliver that into small communities in the North or, for that matter, in rural Canada?

I am told 85 per cent of Canadians live within 200 miles of the American border. We have a vast country, all the way to the Arctic Circle. What are the practical applications of all the knowledge we have? How do we deliver modern eyesight care, dental and emergency services? What could we look at — mobile

Notre indépendance vis-à-vis de l'Agence nous place dans une position unique. En effet, on nous a dit que cela nous donne une certaine crédibilité parce que nous avons un mandat national et, en même temps, nous ne faisons pas partie du gouvernement, si bien que les gens nous écoutent. On nous considère comme un organisme indépendant, qui n'a pas d'intérêt personnel à promouvoir.

On nous a aussi conseillé de dire aux gens «ce qui est» plutôt que «ce qui devrait être». Lorsque nous soumettons des données probantes aux praticiens en santé, ils veulent qu'on leur dise la vérité, ce qui marche et ce qui ne marche pas, mais ils ne veulent pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire. Ce n'est pas le mandat d'un CCN. Les praticiens en santé publique ont le droit d'accepter ces données et d'agir en conséquence ou de ne pas le faire, selon leur situation particulière et selon leurs responsabilités. Ce n'est pas à nous qu'ils doivent rendre des comptes, mais à d'autres dans le système.

Dans l'ensemble, nous avons reçu de bons conseils lorsque nous avons sillonné le pays.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C'est rassurant de savoir que vous communiquez vos données à vos collègues de tout le pays, et que cela leur permet d'élaborer leurs propres programmes et de prendre des mesures. Vous avez donc toute liberté pour transmettre ces informations. Vous recueillez les données, et ensuite vous les diffusez.

**Dr Copes :** Exactement. Lors de notre évaluation environnementale générale, nous avons constaté que les gens étaient très enthousiastes, et ils nous disaient que tout cela était vraiment nécessaire. Personne d'autre n'offre de soutien aux praticiens de première ligne, en santé environnementale. Les CCN ont donc un rôle unique, et les gens que nous avons rencontrés nous ont dit qu'ils étaient très contents de ce que nous faisons.

Personne d'autre ne le fait. Les données qui existent sont soit destinées au public soit destinées aux grands ministères provinciaux et fédéraux. Les praticiens de première ligne n'avaient donc personne pour les aider et pour leur transmettre des données. Il y avait quasiment un vide, que nous sommes ravis d'occuper. En tout cas, nous avons été chaudement accueillis dans tout le pays. Notre rôle est de servir à quelque chose.

**Le sénateur Brown :** Je sais que vous recueillez des informations très importantes, mais je me demande si quelqu'un étudie comment nous pouvons fournir des soins de santé moderne aux petites collectivités. Comment pouvons-nous leur offrir les mêmes services que dans les hôpitaux modernes, avec des technologies comme les équipements pour les scintigraphies cérébrales, les IRM et la chirurgie au laser? Pensez-vous qu'on pourra un jour avoir ce genre de technologie dans les petites localités du Nord et même dans les régions rurales du Canada?

On me dit que 85 p. 100 des Canadiens vivent à moins de 200 miles de la frontière américaine. Notre pays est très vaste, il s'étend jusqu'au cercle polaire arctique. Quelles sont les applications pratiques de toutes les connaissances dont nous disposons? Comment allons-nous pouvoir leur offrir des services

hospitals or something like that? It boggles my mind to think about it. I wonder if you have looked down the road to see where we are progressing with rural Canada.

**Dr. Copes:** Our work is more on the preventive and public health side, which I think has some of the same challenges. For example, how do you equalize or eliminate the disparities in knowledge resources between large, well-funded public health organizations and those in rural and small-town Canada?

Many jurisdictions are trying to bring practitioners to patients rather than moving patients to practitioners on a rotating basis. If we can bring information and summarize for practitioners right across Canada, that is efficiency. For example, why would each health unit want to look up the effects of a particular drinking water treatment if the NCC can do it and make those results available to everyone across the country? That is more efficient than trying to duplicate work.

I will address technology. Just as there are huge changes in medical diagnostic and therapeutic technologies — which I deal with wearing my medical hat — on the public health side, there is remote sensing and technology we can use to do real-time monitoring of drinking water systems for chlorine residual — which was missing in Walkerton — and turbidity. All of that can be measured in real-time and the information can be sent to larger centres. All this technology on the environmental health side will reduce risks where those risks are greatest. If we look for these promising new technologies, we can bring many of the advantages of state-of-the-art expertise and safety to smaller communities.

However, we will not eliminate geography. I see how they run environmental health services in Iqaluit; they have a completely different world to live with and deal with than we do in Southern Canada. That speaks to the diversity of this country and the need for some flexibility, as Ms. Beanlands mentioned; one size does not fit all. There may be one set of goals that we are trying to achieve, but how we go about doing that will, of necessity, be different in communities that have permafrost as compared to communities that have buried water and sewer pipes.

**The Chair:** I have an interesting supplemental to that. On a couple of occasions I have asked the head of the Public Health Agency of Canada how the agency sees public health integrated with the community health and social services facilities.

modernes pour les soins de la vue, des soins dentaires et des services d'urgence? Peut-on envisager, par exemple, des hôpitaux itinérants? Quand j'y pense, ça me paraît irréalisable! Avez-vous réfléchi à cette question, et savez-vous si nous faisons des progrès à cet égard dans les régions rurales du Canada?

**Dr Copes :** Notre centre s'intéresse davantage à la prévention et à la santé publique, mais nous nous heurtons au même genre de difficultés. Par exemple, nous allons devoir trouver une façon d'égaliser ou d'éliminer les disparités, au niveau des connaissances, entre les grandes organisations de santé publique, qui sont bien financées, et les organisations qui se trouvent dans des régions rurales du Canada.

À bien des endroits, on essaie d'amener les praticiens aux patients, plutôt que d'obliger les patients à se déplacer. Une solution efficace consisterait à fournir aux praticiens de tout le Canada les informations dont ils ont besoin, sous forme synthétisée. Par exemple, pourquoi chaque unité de santé devrait-elle étudier les effets d'un procédé de traitement de l'eau si le CCN peut le faire et en communiquer les résultats à tous les praticiens du pays? Cela me semble être une solution beaucoup plus efficace que de faire la même chose, chacun de son côté.

Pour ce qui est de la technologie, maintenant, je vais vous dire, en mettant ma casquette de médecin, qu'il y a eu d'énormes progrès en ce qui concerne le diagnostic médical et les technologies thérapeutiques, en santé publique. Par exemple, la télédétection nous permet de contrôler en temps réel les taux de résidus de chlore dans les systèmes de traitement de l'eau, ce qui ne se faisait pas à Walkerton, ainsi que les taux de turbidité. Tout cela peut donc être mesuré en temps réel, et l'information peut être envoyée dans les grands centres. En matière de santé environnementale, ces technologies nous permettront de réduire les risques là où ils sont les plus élevés. Ce sont de nouvelles technologies très prometteuses, et les petites collectivités pourront profiter pleinement de ces techniques de pointe, ce qui leur assurera une plus grande sécurité.

Mais il est évident que nous nous ne pouvons pas faire fi de la géographie. J'ai vu comment fonctionnent les services de santé environnementale à Iqaluit, et croyez-moi, ils vivent dans un monde complètement différent de celui que nous connaissons dans le Sud du Canada. Cela témoigne de la diversité de notre pays, et c'est pour cela qu'il est nécessaire, comme l'a dit Mme Beanlands, de garder une certaine souplesse : tout ne convient pas à tout le monde. On peut avoir une série d'objectifs à atteindre, mais la façon d'y parvenir sera inévitablement différente selon les collectivités, car on ne peut pas enfouir les canalisations d'eau et d'égouts là où il y a du pergélisol.

**Le président :** Permettez-moi de poser une question supplémentaire. À plusieurs reprises, j'ai demandé au chef de l'Agence de santé publique du Canada comment l'Agence pensait pouvoir intégrer les services de santé publique aux services de santé et aux services sociaux au niveau communautaire.

[Translation]

**Mr. Benoit:** That question is indeed highly relevant and recalls the diversity of organizations in the various provinces. In some cases, you are probably alluding to Ontario's situation, where the RLSSs are everywhere. The role of the municipalities is very important in public health, but is not necessarily there in care delivery. In some provinces, a number of departments are working on that.

[English]

One of our earlier works was to map the different functions of public health across Canada. Four to six of us published a structural profile of what is done, where and by whom. It showed the diversities, and we had to adapt our work to those diversities. No one had done that previously.

**Ms. Beanlands:** I do not pretend to have the answer to that excellent question. However, I think we all need to take up that challenge.

My sense is that if we start working at the community level and listen to the community, some answers will emerge. My experience in public health is that communities can frequently find their own solutions. Sometimes the practitioners have to move aside, take down the silos and let go of some of the turf and listen to the communities.

That is why I like the idea of community needs assessments based on the social determinants of health. You need to look at the community as a whole and to look at the whole family and the school population as a whole, as part of the community and as part of the cultural community to which they belong, whether physically present or at arm's length. Once we start to do that, some of the answers will become clearer.

**Dr. Copes:** I had better be careful because, as I mentioned, there is a huge array of different service delivery models. We often focus on structures, and structures can become silos, which is not a good thing. We want to look at a functional integration of these services.

I will draw from another point in your discussion paper. There is a need for targets and for everyone to have a clear understanding of the problem and the goal. If you have different structures and different organizations, there needs to be a shared understanding of what the target is. The more precisely those are articulated and the more we put numbers around them, the more likely it is that we drive action. If we can have shared targets between the acute care sector, the public health and the social sector, we are far more likely to drive action. Ironically, some of these targets may serve an integrative function for some of these entities.

[Français]

**M. Benoit :** Cette question est effectivement très pertinente et rappelle la diversité des organisations dans les différentes provinces. Dans certains cas, vous faites probablement allusion à la situation de l'Ontario où les RLSS sont d'un côté et de l'autre. Le rôle des municipalités est très important en santé publique, mais n'est pas nécessairement présent dans la dispensation des soins. Dans certaines provinces plusieurs ministères travaillent là-dessus.

[Traduction]

L'un de nos premiers projets a consisté à cartographier tout ce qui se faisait en santé publique dans l'ensemble du Canada. Quatre à six d'entre nous avons publié un profil structurel de ce qui se faisait, là où cela se faisait et qui le faisait. Le document illustrait bien la diversité de notre pays, et nous avons dû adapter notre travail à cette diversité. Personne n'avait fait ce genre d'études auparavant.

**Mme Beanlands :** Je ne prétends pas connaître la réponse à cette excellente question, mais je pense que nous devons tous nous engager à la trouver.

À mon avis, si nous commençons au niveau communautaire et que nous écoutons ce que les gens ont à nous dire, les réponses viendront d'elles-mêmes. J'ai déjà constaté qu'en matière de santé publique, les collectivités trouvent souvent leurs propres solutions. Parfois, les praticiens doivent se mettre en retrait, supprimer les cloisonnements et renoncer un peu à leurs prérogatives afin d'écouter davantage ce que les gens ont à dire.

C'est la raison pour laquelle j'aime bien cette idée d'évaluer les besoins communautaires à partir des déterminants sociaux de la santé. En effet, il est nécessaire d'examiner la collectivité dans son ensemble, y compris la famille, la population scolaire, la communauté culturelle à laquelle les gens appartiennent, qu'ils soient physiquement présents ou non. Une fois qu'on a commencé à faire ce genre d'examen, certaines solutions apparaissent plus clairement.

**Dr Copes :** Je vais être prudent, car comme je l'ai dit, il y a énormément de différences au niveau des modèles de prestation de services. Nous privilégions souvent les structures, mais les structures peuvent provoquer des cloisonnements, ce qui n'est pas une bonne chose. Il faut envisager une intégration fonctionnelle de ces services.

Cela m'amène à un autre point que vous abordez dans votre document de travail. Il faut avoir des cibles, et il faut que chacun comprenne bien le problème et l'objectif poursuivi. Si vous avez des structures et des organisations différentes, il faut que tout le monde comprenne de la même façon l'objectif qui a été fixé. Plus l'objectif sera précis, avec des chiffres, plus les gens seront encouragés à agir. Si nous réussissons à fixer des objectifs communs pour le secteur des soins actifs, pour la santé publique et pour le secteur social, nous aurons beaucoup plus de chances d'encourager les gens à agir. Et peut-être que certains de ces objectifs auront une fonction d'intégration pour certaines de ces organisations.



I am familiar with the model we have in British Columbia and I am a big proponent of integrating across preventive, acute and continuing care in health. That works, but we cannot lose sight of the social side. Sometime we still have challenges integrating, but goals, targets and having everyone share those is one good integrative measure.

**The Chair:** Interestingly, I think our First Nations are leading the way, because they have organizations in place that deal with everything, from water to roads to houses, poverty, social assistance and health. Those are the models necessary to effectively ramp up the low health disparities in a community.

Ms. Greenwood, do you want to respond? I am sorry, honourable senators; I am holding some of you up.

**Ms. Greenwood:** I think you have said it. We have models. Again, I am reminded of children and families and our fundamental units that comprise our communities. We do not separate the well-being of our child out into parcelled pieces, but all the pieces, social and health, however we define them, are part of that child's or that family's well-being. Models that bring all of those pieces together in an integrated fashion will be most effective; we cannot do just one thing.

That said, there are critical things we have to look at, and we will probably target areas to start with, but we need to do that within a larger holistic framework. That is how people think and how we live our lives. We do not cut them up into pieces. It is who we are as humanity, and that is important. Integration and holism are good.

[Translation]

**Senator Pépin:** Someone answered the question I wanted to ask. I hand the floor over to another senator.

[English]

**The Chair:** Senator Pépin was a nurse before going into politics and was in elected politics before she came to the Senate. She is vice-chair of this committee.

I am sorry; I do not know who stole your question. I hope it was not me.

I must tell you that Senator Fairbairn has a tremendous interest in literacy, so I do not know whether she will come from there or not, but she always finds a way to get to it.

**Senator Fairbairn:** Thank you very much. It has been tremendously interesting and indeed exciting to listen to you. I am from Lethbridge in Southern Alberta, and I came back to Ottawa this week after spending a great deal of time on the Blood Reserve, which is not very far from Lethbridge. I had the

Je connais bien le modèle que nous avons mis en place en Colombie-Britannique, et je suis une chaude partisane de l'intégration des services de prévention, des services de soins actifs et des services de soins prolongés. Ça fonctionne, mais nous ne devons pas perdre de vue la dimension sociale. Parfois, nous avons des difficultés à faire cette intégration, mais le simple fait d'avoir des objectifs en commun est déjà un bon point de départ pour l'intégration.

**Le président :** À ce propos, je pense que nos Premières nations nous montrent l'exemple, car elles ont des organisations qui s'occupent de tout : l'eau, la voirie, le logement, la pauvreté, l'aide sociale et la santé. C'est le type de structure qu'il faut avoir pour vraiment atténuer les disparités et améliorer le niveau de santé dans les collectivités.

Madame Greenwood, voulez-vous répondre? Veuillez m'excuser, honorables sénateurs. Je sais que je retarde l'intervention de certains d'entre vous.

**Mme Greenwood :** Vous avez tout à fait raison. Nous avons des modèles de structure. Cela me rappelle les enfants et les familles qui composent nos collectivités. Pour nous, le bien-être d'un enfant ne se fragmente pas en différents éléments, c'est plutôt un ensemble, et tout ce qui concerne la santé et le social, quelles que soient les définitions qu'on leur donne, fait partie du bien-être de l'enfant et de la famille. Ce sont les modèles qui rassemblent tous les éléments de façon intégrée qui sont généralement plus efficaces; on ne peut pas s'intéresser uniquement à un élément.

Cela dit, il y a de graves problèmes à régler, et nous allons sans doute cibler des secteurs par lesquels nous allons commencer, mais il ne faut pas perdre de vue le cadre holistique général. C'est notre façon de penser à nous, et c'est ainsi que nous menons nos vies. Nous ne fragmentons pas tout en éléments différents. C'est l'être humain dans son ensemble qui est important. L'intégration et la vision holistique sont salutaires.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Quelqu'un a répondu à la question que je voulais poser. Je cède la parole à un autre sénateur.

[Traduction]

**Le président :** Le sénateur Pépin était infirmière avant de se lancer en politique, et elle a été députée avant d'être nommée sénateur. Elle est vice-présidente de notre comité.

Excusez-moi; je ne sais pas qui a volé votre question, mais j'espère que ce n'était pas moi.

Je vous préviens que le sénateur Fairbairn s'intéresse beaucoup à la littératie; je ne sais pas si elle va vous poser une question là-dessus, mais elle trouve toujours le moyen d'aborder le sujet.

**Le sénateur Fairbairn :** Merci beaucoup. Je vous ai écoutés avec beaucoup d'intérêt. Je viens de Lethbridge, dans le Sud de l'Alberta, et je reviens tout juste d'un assez long séjour dans la réserve des Blood, qui n'est pas très loin de Lethbridge. J'ai eu l'incroyable honneur d'être nommée chef honoraire de la bande.

incredible honour of being an honorary chieftain of the tribe. Sadly, I was there for the departure of one of their absolutely outstanding and wonderful elders.

What you are doing sounds terrific and forward-looking. You understand that only when you get to the roots of the life of our Aboriginal people can you bring them together to follow in the path that you wish we could take, particularly in terms of health and children.

Driving to the funeral, I was struck by how much the reserve has changed since I was last there. Instead of vast places with little homes here and there, we saw a town, Standoff, and a medical centre. There are a home for seniors, a number of schools and a college that is attached to the University of Lethbridge.

At the funeral, the whole feeling of the community was not just a sad day. They were saying farewell to an incredible person. The children were out in droves, and they were in such a good spirit of mind.

I read about how your inaugural forum in February brought together for the first time representatives from many and varied sectors across the country, including government departments, to explore indigenous health in its broadest context. When you reach out, how do you do it? You are obviously doing it well.

Do you go yourself or with one or two others right to the people? There are two areas, one in the cities and the towns but the other out on the land where the heart and the drum still beat. Are you now in a position where you can go into those communities and have the communities come out and listen to you and follow what you are saying? Has there been a large jump in this over the last while as you have been working so hard?

**Ms. Greenwood:** Are you asking me that from the NCCAH's perspective? I am actually a Cree from Alberta. My family is on the Ermineskin First Nation in Hobbema, so we are close in territory to your story.

I am not sure I can answer how. I do know I go to groups with great humility. When we envisioned this forum, many of the participants expressed to us that this was one of the first opportunities they had ever had. That is the reason it is written this way. When we sent those invitations, we knew there was commitment in our communities, in people and in governments to the health and well-being of our children. This was an opportunity that brought us together to talk about that and about our shared responsibility in achieving that goal and what gifts each person could bring to that vision.

I thought about that as I was thinking about the document, and I will come back to the point. In the document, it talks about who should take the leadership. I think there are multiple leaders. I go in humility because I do not go as the leader: I am the facilitator. There are people who know way more than I do. I can give you names and sources of where to go, but I am not the

Malheureusement, pendant mon séjour, un de leurs anciens, un homme formidable, est décédé.

Ce que vous faites me paraît excellent et avant-gardiste. Vous avez compris que ce n'est qu'en respectant les véritables principes de vie de nos peuples autochtones que vous pouvez les amener à vous suivre dans la voie que vous jugez souhaitable, surtout en ce qui concerne la santé et les enfants.

De la voiture qui me conduisait aux funérailles de cet ancien, j'ai été surprise de voir combien la réserve avait changé depuis mon dernier séjour. Là où il y avait des plaines immenses avec des petites maisons par-ci par-là, il y a désormais une ville, Standoff, et un centre médical. Il y a aussi un foyer pour personnes âgées, plusieurs écoles et un collège affilié à l'Université de Lethbridge.

Aux funérailles, ce n'était pas simplement un jour de tristesse pour la communauté. Les habitants étaient venus dire adieu à un homme formidable. Les enfants étaient là, en grand nombre, et ils avaient l'air remarquablement bien.

J'ai lu que vous aviez organisé un premier forum en février dernier, qui avait réuni pour la première fois des représentants de nombreux secteurs du pays, y compris des ministères gouvernementaux, pour discuter de la santé des Autochtones dans un contexte général. Comment faites-vous pour établir le contact avec tous ces gens-là? Manifestement, vous vous y prenez très bien.

Allez-vous les voir directement, seule ou avec une ou deux autres personnes? Il y a deux clientèles bien différentes, celle des villes et celle des vastes plaines, où le mode de vie est plus traditionnel. Réussissez-vous à vous rendre dans ces collectivités pour rencontrer les habitants? Écotent-ils ce que vous avez à leur dire? L'acceptent-ils? Avez-vous réussi à faire une percée de ce côté-là au cours des derniers mois, étant donné que vous travaillez tellement fort?

**Mme Greenwood :** Vous voulez que je vous réponde dans la perspective du CCNSA? Je suis en fait une Crie de l'Alberta. Ma famille fait partie de la Première nation Ermineskin, à Hobbema; nous sommes donc très proches du territoire dont vous parlez.

Je ne suis pas sûre de pouvoir vous répondre. Ce que je sais, c'est que lorsque je vais rencontrer des groupes, je le fais avec beaucoup d'humilité. Lorsque nous avons eu l'idée de ce forum, beaucoup de participants nous ont dit que c'était l'une des premières fois qu'on leur proposait une telle réunion. Lorsque nous avons envoyé les invitations, nous savions que nos communautés, nos gens et les gouvernements s'intéressaient à la santé et au bien-être de nos enfants. C'était donc là l'occasion de réunir tout le monde pour parler d'une responsabilité que nous partageons tous, afin de mieux nous en acquitter, en mettant en valeur les talents de chacun.

Je pensais justement à cela tout en réfléchissant au document de travail, mais je reviendrai là-dessus. Dans le document, il est question de savoir qui devrait assumer le leadership. Je crois qu'il y a beaucoup de leaders. Je vais les rencontrer avec beaucoup d'humilité parce que ce n'est pas moi le leader : je ne suis que l'animatrice. Il y a des gens qui en savent beaucoup plus que moi.

expert. The people in the communities, the researchers, my colleagues — they are the experts. I play the role of bringing us together. I go with the value of not being the expert so that those leaders can come and bring voice. In the original writing of the mandate for the NCCAH, we talk about bringing voice to community, bringing those forums so that those leaders and knowledge holders can come together and speak those solutions and identify those diverse strategies. We are diverse, and we need that flexibility, but we are holistic in our vision of what we need in the community.

Does that in part answer your question?

**Senator Fairbairn:** Yes, it does, and the fact that you are here is extremely important. Here in the nation's capital, we have to know this. It is still a huge challenge to bring together, but I would say from listening to you that something very good is happening so that doors are opening. It is not about our going in and telling them what to do. The way you have put your words together, it sounds like you are going into communities that are opening doors, and they are grateful and encouraged that you are coming and that you want to do them the honour of showing them what will get them beyond the situation that has existed in the past. This is one of the most uplifting pieces of information I have heard for a long time. I am very pleased to hear it and wish you all the best.

**Ms. Greenwood:** Thank you. Embedded right in the name of the NCC program is our commitment to collaborating with other folks, our commitment to partnership. We have done that with each other. I always like to say that I play with everyone in the sandbox because since I am population-based all of those things are important to me. From the community level, we reach out to other national partners. We have formal agreements. We are just signing formal agreements with the National Aboriginal Health Organization and the Institute of Aboriginal Peoples' Health. There are partnerships at various levels. I work with the B.C. government and the First Nations Leadership Council. I work with communities. Multiple partnerships and collaborations occur, and my colleagues could speak to the long list they have as well. I think I can say on behalf of us all that we are really committed to that.

**Senator Fairbairn:** Thank you very much. It is important for us to hear this.

**The Chair:** Ms. Beanlands, you raised the need for a business case. If we are to move the agenda in the population health initiative towards the correction of health inequities in Canada, we need a business case. This has come up before when we have had financial experts in front of us. The general consensus is that there is a business case but that to lay it out in the terms that a business case usually takes is particularly difficult. Could I have your thoughts on how that might be achieved?

Je pourrais vous donner des noms et des adresses où aller, mais je ne suis pas une spécialiste. Ce sont les gens dans les communautés, les chercheurs, mes collègues qui sont les spécialistes. Moi, mon rôle c'est de les rassembler. Donc, quand je vais les voir, je ne me prends pas pour une spécialiste, pour que les leaders viennent me voir et me parler. Dans le libellé original du mandat du CCNSA, il est question de donner une voix à la communauté, d'organiser des forums pour que les leaders et ceux qui détiennent les connaissances puissent se rencontrer et discuter de solutions et de stratégies. Il y a beaucoup de diversité, et c'est pour cela que nous avons besoin de souplesse, mais nous avons une vision holistique des besoins de la communauté.

Ai-je répondu plus ou moins à votre question?

**Le sénateur Fairbairn :** Oui, et le fait que vous soyez ici est extrêmement important. Nous qui sommes dans la capitale du pays, il faut que nous soyons au courant. Ça doit être encore très difficile de rassembler les gens, mais je dois dire qu'à vous entendre, je constate que les choses évoluent rapidement et que les portes s'ouvrent. Ce n'est pas à nous à aller les voir pour leur dire quoi faire. Si j'ai bien compris ce que vous nous avez dit, les communautés où vous vous rendez vous ouvrent leurs portes, et elles sont très heureuses que vous veniez les voir et que vous leur fassiez l'honneur de leur montrer ce qui peut les aider à sortir de la situation qu'elles ont connue dans le passé. C'est l'une des nouvelles les plus réconfortantes que j'ai entendues depuis longtemps. Je suis vraiment très contente et je vous souhaite bonne chance.

**Mme Greenwood :** Merci. Vous savez, c'est dans le nom même des CCN : nous devons nous engager à collaborer avec les autres, avec nos partenaires. Je dis toujours que je suis prête à jouer avec tout le monde dans mon carré de sable, car j'aime les gens et tout cela est important pour moi. Quand on est au niveau communautaire, on va vers les autres partenaires nationaux. Nous avons des ententes officielles, et nous sommes en train d'en signer avec l'Organisation nationale de la santé autochtone et avec l'Institut de la santé des Autochtones. Ce sont des partenariats à des niveaux différents. Je travaille avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et avec le First Nations Leadership Council. Je travaille avec les communautés. Toutes sortes de partenariats et de collaborations s'établissent, et mes collègues pourraient eux aussi vous en donner de nombreux exemples. Je pense pouvoir dire, en notre nom à tous, que nous sommes vraiment engagés à atteindre cet objectif.

**Le sénateur Fairbairn :** Merci beaucoup. C'est important que nous le sachions.

**Le président :** Madame Beanlands, vous avez parlé de la nécessité de préparer un argumentaire. Si nous voulons réorienter l'initiative, sur la santé des populations pour insister davantage sur la correction des disparités en santé au Canada, il va nous falloir monter un argumentaire. Nous en avons déjà parlé lorsque des experts financiers ont comparu devant notre comité. Tout le monde s'est accordé pour dire qu'il fallait préparer un argumentaire, mais qu'il serait difficile de le présenter de la façon traditionnelle. Qu'en pensez-vous? Comment pourrait-on y parvenir?



**Ms. Beanlands:** I think you are right on two counts. It is difficult and it will be a challenge to lay it out, but I think it is absolutely critical. I do not have the answer. In our work plans this year, the NCCDH is proposing that we look at what evidence we have in the business case, what is missing, and how to fill the gap. We may well need some specific, targeted research. At this point, I do not have an answer.

Public health practitioners at the regional level in the districts and the communities are telling us that there is a lot of evidence to support early child development, which is one of our major areas of focus. Like Ms. Greenwood, we believe it is critical to start there. There is a real opportunity to demonstrate the interaction of the social determinants with early childhood, particularly in looking at the crosscutting theme of gender. We can look at women and gender equity and put that together with employment and working conditions, and we can see how it affects the family, how it impacts early child development and the nurturing environments in which children live.

People have said, "But we need the business case. We know the evidence, but give us the business case that will help us put the policy forward such that action will be taken by those who are in decision-making positions and have control of the money." We have agreed that we will step up to the plate and see what we can contribute. We will not have the whole answer, but we are quite prepared to look at what is there, what the gaps are, and then work with our colleagues and partners to figure out the next steps.

**Mr. Benoit:** Another way to look at this is to ask whether it is a business case we need, or a case for business. We are speaking about what you alluded to in your report, the inter-sectoral activity that must take place in all of those subjects. We were conducting workshops in Toronto and Vancouver, and the public health actors were telling us that they have begun acting but need to scale it up, and to do that they said they need a business case.

It is the structure or a way to communicate to other actors and engage everyone around that, and that is an important part of your report. We need to have this communicated to other sectors so that there is a unified action on this.

**Dr. Copes:** I agree. We have work to do on developing a business case. One problem is information deficiency. As a country, we are very rich in health outcome data and information on utilization of health care services. Of the determinants to health, I would suggest that we are probably most deficient on environment as a determinant of health. We have better data for socio-economic factors. We lack good information on how the broad associations between social determinants and health outcomes work mechanistically and how we can intervene. If we had demonstrated pilots that worked, we could readily build a business case for scaling them up and implementing them more widely.

**Mme Beanlands :** Vous avez raison sur les deux points que vous avez mentionnés : il sera difficile de présenter un tel argumentaire, mais je crois aussi que c'est absolument indispensable. Je ne connais pas la réponse à votre question. Dans nos plans de travail de cette année, le CNCDS propose que nous examinons les données probantes que contient l'argumentaire, pour voir ce qui manque et comment combler les lacunes. Il faudra sans doute faire des recherches plus ciblées. Pour l'instant, je n'ai pas la réponse à votre question.

Les praticiens en santé publique au niveau régional, dans les districts et dans les collectivités nous disent qu'un grand nombre de données probantes justifient le développement de la petite enfance, qui est l'un de nos pôles de recherche. Tout comme Mme Greenwood, j'estime qu'il est primordial de commencer à cet âge-là. En effet, c'est à ce moment-là qu'on peut étudier l'interaction des déterminants sociaux, en tenant compte du sexe. Avec les données sur la sexospécificité, l'emploi et les conditions de travail, nous voyons comment tout cela a un effet sur la famille, sur le développement du jeune enfant et sur le milieu dans lequel les enfants vont s'épanouir.

Certains disent qu'il faut préparer un argumentaire. Nous savons qu'il y a des données probantes, mais il nous faut un argumentaire qui nous aidera à faire adopter la politique, afin que les décideurs puissent prendre les mesures prévues, avec les budgets dont ils ont besoin. Nous avons répondu que nous allions essayer de voir ce que nous pouvions faire, que nous n'aurions pas une solution à tout, mais que nous étions prêts à voir, avec nos collègues et partenaires, ce qu'il était possible de faire.

**M. Benoit :** Une autre façon de voir les choses est de se demander si c'est un argumentaire qu'il nous faut, ou bien une justification financière. Dans votre rapport, vous parlez des activités intersectorielles qui doivent avoir lieu sur toutes ces questions. Nous avons organisé des ateliers à Toronto et à Vancouver, et les praticiens en santé publique nous ont dit qu'ils avaient commencé à agir mais qu'il leur fallait maintenant passer au braquet supérieur, et que, pour cela, il leur fallait un argumentaire.

Il faut trouver une structure ou une façon de communiquer avec les autres intervenants pour pouvoir rassembler tout le monde; c'est là un aspect important de votre rapport. Il faut pouvoir communiquer cela aux autres secteurs afin que nous travaillions tous vers le même objectif.

**Dr Copes :** Je suis tout à fait d'accord. Nous devons préparer un argumentaire. Le problème, c'est que nous n'avons pas suffisamment d'informations. Notre pays recueille beaucoup d'informations et de données quant à l'utilisation des services de santé. Mais en ce qui concerne les déterminants de la santé, nous recueillons très peu de données sur la santé environnementale. Pour les facteurs socioéconomiques, la situation est un peu meilleure. De façon générale, nous n'avons pas assez de données sur les relations qui existent entre les déterminants sociaux et la santé, et comment nous pouvons intervenir. Si nous avions des projets pilotes qui marchaient bien, nous pourrions facilement préparer un argumentaire pour passer au braquet supérieur et étendre la portée de ces projets.

We will have to look at piloting some of those promising practices as an investment in research and development in public health. We have to hold folks accountable for setting targets, for making a commitment to deliver and for evaluating those promising practices, those pilots, in a meaningful manner. We have to pick successes and implement those based on the additional information we get for a business case. If pilots do not pan out, let us try something else. We do not want to do what does not work; we want to do what does work. It is all about making a difference.

**The Chair:** You talked about early childhood development. We will be emphasizing early childhood development in our report, but we will begin with parenting. We will cover maternal health and early childhood development. I am not sure how we will frame that, but later we will cover adolescent development. It appears that sometimes no matter what a great start the child has had, they can really fall off the wagon in adolescence because of community, peer pressure, and so on.

Do you think that is the right scope, or should we just concentrate on early childhood development?

**Ms. Beanlands:** I think that the holistic approach as you have described it is important. You are on the right track. It is important to look at the interventions. I think parenting is absolutely critical. In the NCCDH we hope to look at the parenting practices, programs and interventions that we do have and that have been evaluated and share them with public health practitioners across the country.

With adolescents, we know that preconception is important. It is as important as prenatal care. We need to move forward on preconception. We know that addresses the adolescent population, whether they choose to or whether they happen to become pregnant at that time. Their adolescent years are important in terms of the foundation for healthy babies.

I feel that you cannot look at just one piece, one determinant; you must look at the whole thing, which means the whole child, the whole lifespan, the whole family, the whole community and all the cultural implications and the social environment.

**Senator Fairbairn:** Mr. Chair, having listened to this, I think it might be interesting for you to talk about what you and others who were with you in Cuba learned about literacy and what they were doing in Cuba as compared to here.

**The Chair:** As Senator Cook and Senator Pépin can tell you, it was a real eye-opener. That country looked reality straight in the eye and said, "We cannot afford a sophisticated health care system like they have in the U.S. or in Canada or in Western Europe. What can we do about a healthy population?" They decided to work on a population health basis. The functional unit is their polyclinic, which fundamentally is a health unit. Right beside the polyclinic are the daycare centres, the early childhood education centres and the grandparent education centres to teach

Il faudra peut-être faire des projets pilotes sur certaines pratiques prometteuses, comme investissement dans la recherche en santé publique. Il faut que les gens fixent des objectifs et s'engage à les atteindre, et les projets pilotes sont une bonne façon de le faire. Il faut choisir ceux qui ont bien marché, et y ajouter les informations dont nous disposons afin de bâtir un solide argumentaire. Si cela ne marche pas avec les projets pilotes, essayons autre chose. Nous voulons vraiment trouver une solution qui marche, et pas quelque chose qui ne marche pas. C'est comme cela qu'on arrivera à changer les choses.

**Le président :** Vous avez parlé du développement de la petite enfance. Nous allons insister sur ce sujet dans notre rapport, mais nous allons commencer par l'éducation donnée par les parents. Nous allons parler de la santé de la mère et du développement de la petite enfance. Ensuite, je ne sais pas exactement de quelle façon nous le ferons, mais nous parlerons du développement de l'adolescent. Il arrive parfois que, même si l'enfant a été choyé dans sa petite enfance, quelque chose se passe au moment de l'adolescence qui le fait dérailler complètement, que ce soit la communauté, l'influence des camarades, ou autre.

Pensez-vous que nous ayons raison de parler de l'adolescence, ou devrions-nous nous concentrer sur le développement de la petite enfance?

**Mme Beanlands :** Je pense qu'il est important d'adopter une approche holistique. Vous êtes sur la bonne voie. Il faut tenir compte de l'ensemble. L'éducation donnée par les parents est un facteur crucial. Au CCNDS, nous espérons pouvoir examiner les programmes et interventions que nous avons dans ce domaine et qui ont été évalués, et en faire connaître les résultats aux praticiens en santé publique du Canada.

Pour ce qui est des adolescents, nous savons que la période avant la conception est une période importante. Aussi importante que les soins prénatals. Il nous faut examiner toute cette question. Cela concerne les adolescentes qui se retrouvent enceintes, qu'elles l'aient voulu ou non. Les années d'adolescence sont importantes pour ce qui est de la conception de bébés en bonne santé.

On ne peut donc pas considérer seulement un élément, seulement un déterminant. Il faut considérer l'ensemble, c'est-à-dire toute la personne de l'enfant, toute sa vie, toute la famille, toute sa communauté, toutes ses dimensions culturelles et tout son environnement social.

**Le sénateur Fairbairn :** Monsieur le président, après avoir écouté tout cela, je pense qu'il serait bon que vous nous parliez, vous et d'autres, de votre voyage à Cuba et de tout ce que ce pays fait en matière de littératie, comparé à ce que nous faisons au Canada.

**Le président :** Le sénateur Cook et le sénateur Pépin vous le diront, ce voyage nous a ouvert les yeux. Ce pays a fait un constat lucide : comme il ne pouvait pas se payer un système de soins de santé aussi sophistiqué que celui des États-Unis, du Canada ou d'Europe occidentale, il s'est demandé ce qu'il devait faire pour avoir une population en bonne santé, et a décidé de choisir l'approche de la santé de la population. Ils ont une unité fonctionnelle qui est leur polyclinique et qui, pour l'essentiel, est une unité de soins. À côté de la polyclinique, il y a des garderies.

them how to parent when the parents are not there, and so on. Their whole investment is on a population health basis. That is, keep the population healthy and we will deal with illness as best we can when it comes along, but we simply cannot invest the resources that much of the Western world is. Guess what? Their indexes are as good as ours.

[Translation]

**Senator Pèpin:** They have absolutely no illiterates. When a woman is pregnant, the doctor immediately goes to see her. If she lives in the regions, they travel to see her twice a month. When she delivers, the monitor takes charge of the child and family, and, when the children are old enough, they go to the day care. It is really surprising. They do not have our money or resources, and there are no illiterates. There are grandparent clinic services to teach parents how to be parents. I must say that that was a good lesson in humility and that we learned a lot.

[English]

**The Chair:** Senator Cook, do you want to comment, or have we said it all?

**Senator Cook:** You said it all. It was very enlightening.

Ms. Greenwood, you talked about the intergenerational effects of assimilation policies evidenced through residential schools and dislocation. How long will it take? I ask as a senator but also as a member of the United Church that has struggled with this for a long time. Will there be an end? What are your strategies?

**Ms. Greenwood:** I cannot answer your question, but I can share a story. I did not attend residential school but my father and my family did, my aunts and uncles. I now have three sons aged 30, 24 and 11. I know from experience about residential schools and I have learned about residential schools from being in the community and also in my education. When I talked with my friends about those, we would have a certain kind of discussion, a certain understanding. When I talk with my older sons about this, they have a very different understanding than I do and a different passion than I do. It changes as the generations move away. That is what I am saying. I am much closer to it than my sons are, so they have different issues with it. Theirs are not the same as mine. Perspective changes over time. There must be the health and healing strategies that we see. I think perspective will change with every generation; I see it in my own family. I have learned lessons. I knew what it was to grow up in my family and I knew what family violence was. I knew all those things. I was a generation of change. My sons will be a generation of change and their sons will be a generation of change.

des centres d'éducation de la petite enfance ainsi que des centres d'éducation des grands-parents, où ces derniers apprennent ce qu'il faut faire avec les enfants quand les parents ne sont pas là. Les investissements se font donc au niveau de la santé de la population. Autrement dit, ils essayent de garder la population en bonne santé et de soigner la maladie au fur et à mesure qu'elle se présente, car ils ne peuvent tout simplement pas se permettre d'investir autant de ressources que le monde occidental. Et vous voulez que je vous dise? Leurs indices sont meilleurs que les nôtres.

[Français]

**Le sénateur Pèpin :** Ils n'ont absolument aucun analphabète. Lorsqu'une femme est enceinte, le médecin va immédiatement la voir. Si elle demeure en région, ils vont se déplacer pour la voir deux fois par mois. Lorsqu'elle accouche, l'enfant et la famille sont pris en charge par le moniteur, et quand les enfants sont assez vieux, ils vont en garderie. C'est vraiment étonnant. Ils n'ont ni notre argent ni nos moyens et il n'y a pas d'analphabète. Il y a des services de clinique de grands-parents pour enseigner aux parents comment être parent. Je dois vous dire que ce fut une bonne leçon d'humilité, et que nous avons beaucoup appris.

[Traduction]

**Le président :** Sénateur Cook, avez-vous un commentaire à faire, ou avons-nous tout dit?

**Le sénateur Cook :** Vous avez tout dit. C'était très intéressant.

Madame Greenwood, vous avez parlé des effets intergénérationnels des politiques d'assimilation qui ont été mis au jour par les pensionnats et les déplacements de population. Combien de temps cela va-t-il durer encore? Je suis sénateur, mais je suis aussi membre de l'Église unie, qui lutte contre cet état de choses depuis fort longtemps. Va-t-on y mettre un terme? Quelles sont vos stratégies?

**Mme Greenwood :** Je ne peux pas répondre à votre question, mais je peux vous raconter une histoire. Je n'ai pas été placée dans un pensionnat, mais mon père, mes tantes et mes oncles l'ont été. J'ai trois fils, âgés de 30, de 24 et de 11 ans. J'ai entendu parler des pensionnats, dans ma communauté et au cours de mon éducation. Quand j'en parlais avec mes amis, on se comprenait. Aujourd'hui, quand j'en parle avec mes deux aînés, leur réaction est complètement différente de la mienne. Tout cela évolue, au fur et à mesure que les générations passent. Ce que je veux dire, c'est que je suis beaucoup plus proche de ce problème que mes enfants le sont, donc ils ne le voient pas de la même façon. Leur point de vue n'est pas le mien. Les perspectives changent avec le temps. Il faut laisser les cicatrices se refermer. Tout cela change, d'une génération à l'autre, je le vois dans ma propre famille. Je me souviens de mes années d'adolescence dans ma famille, de la violence... J'ai vécu tout cela. Je fais partie d'une génération du changement. Mes fils font aussi partie d'une génération du changement, et leurs enfants feront partie d'une autre génération du changement.



I do know that many people suffer. We need to heal. We need those health and healing strategies and we need to identify those for ourselves. I cannot say that it will happen in a certain number of years; I can only speak about my own experience.

**Senator Cook:** Would you say what is happening is a positive experience? How do you see healing? Does it come from within or does it come from other factors? I hear a lot about healing and reconciliation. Have we dared to put meaning to those words and implement them into programs? I believe it is still a big issue for our First Nations people.

**Ms. Greenwood:** Personally, I think healing is very individual, but it is also a collective thing. We all have to heal — all peoples — because we all experienced this in our history together. My family may have experienced it differently than other families, but there is healing to be done by all people. It is a hard and complex question that you ask because it is a very personal question as well.

**Senator Cook:** Yes. For me, I need to heal too, in order to understand.

**Ms. Greenwood:** Yes. I think we will heal and we will do it together. It will change. I believe that. I see it in my own family.

**Senator Cook:** I want to thank you for sharing something that is very personal and deep.

**The Chair:** I want to ask one last question. How are you linking with the CIHI initiative on population health, or are you linking with it? Do you think this could be a coordinating body for the tremendous pools of data that exist in Statistics Canada or elsewhere?

We have to find a way to commit to some advice.

**Mr. Benoit:** We are indeed collaborating with the Canadian Population Health Initiative, CPHI, on social determinants work. We also collaborated on evaluating a project they did with the Urban Public Health Network on the disparities and inequalities in health in 19 cities across Canada. We work with them on several things.

CPHI commissions work on healthy public policy. This is common ground we share with them. If you look at the different projects they commission and that are underway, they work beyond information and data gathering. It is relevant, but they are not acting to gather data to create policy; rather they are trying to answer the need for policy and informing existing data. For the most part, they are also aptly using outside resources. This speaks to data information knowledge. There needs to be a common background to develop a framework to analyze the data. This is beyond simply gathering data.

Je sais que beaucoup de gens en souffrent. Il faut laisser tout cela se cicatiser, et les stratégies et programmes mis en place pour aider les gens sont nécessaires. Je ne sais pas quand cela va se produire exactement, je ne peux vous parler que de ma propre expérience.

**Le sénateur Cook :** À votre avis, ce qui se passe en ce moment est-il positif? Pensez-vous que la cicatrisation se fasse vraiment à l'intérieur, ou bien est-elle provoquée par d'autres facteurs? J'entends beaucoup parler de cicatrisation, de guérison et de réconciliation. Est-ce que ce sont des mots, tout simplement, ou les a-t-on traduits dans des programmes concrets? Je suis convaincue que c'est encore un gros problème pour nos Premières nations.

**Mme Greenwood :** Personnellement, je pense que la guérison est très personnelle, mais ça peut être aussi un processus collectif. Nous avons tous, et je parle de tous les individus, une plaie à cicatriser parce que nous avons chacun notre vécu. Ma famille l'a peut-être vécu différemment que d'autres familles, mais tout le monde doit passer par un processus de guérison. Vous posez une question extrêmement complexe, et il est très difficile d'y répondre parce que c'est aussi très personnel.

**Le sénateur Cook :** Oui. Moi aussi j'ai besoin de cicatriser mes plaies afin de mieux comprendre.

**Mme Greenwood :** Oui, nous le ferons ensemble. Tout cela a changé. J'en suis convaincue. Je le vois dans ma propre famille.

**Le sénateur Cook :** Je tiens à vous remercier de nous avoir parlé avec autant de franchise.

**Le président :** Permettez-moi de poser une dernière question. Participez-vous de quelque façon que ce soit à l'initiative de l'ICIS sur la santé des populations? Pensez-vous que cette organisation pourrait coordonner la compilation des nombreuses données déjà rassemblées par Statistique Canada et par d'autres organismes?

J'aimerais avoir votre avis là-dessus.

**M. Benoit :** Nous collaborons déjà avec l'Institut sur la santé de la population canadienne, l'ISPC, dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, pour ce qui est des déterminants sociaux. Nous avons également collaboré à l'évaluation d'un projet qu'a réalisé cet institut avec le Réseau canadien pour la santé urbaine et qui portait sur les disparités et les inégalités en santé dans 19 villes du Canada. Nous collaborons avec eux sur divers dossiers.

L'ISPC fait faire des études sur les politiques publiques et la santé. Nous avons donc un sujet d'intérêt en commun. Si vous examinez les projets que cet institut a commandés, vous verrez qu'ils ne se limitent pas à la collecte d'informations et de données. Ils en font, mais l'objectif n'est pas de recueillir des données pour élaborer des politiques; ils essaient plutôt de proposer des politiques, avec données à l'appui. La plupart du temps, ils ont recours à des ressources externes, pour pouvoir mettre en place le cadre nécessaire à l'analyse des données. Il ne s'agit donc pas seulement de recueillir des données.

**Dr. Copes:** We have some interaction with Statistics Canada. As you know, they do many different types of surveys, including the current Canadian Health Measures Survey, which will get into some markers of exposure to environmental contaminants.

Before talking to Statistics Canada, I was puzzled about why Canada was relatively far behind other countries in some of this work. I have attended a number of expert panel workshops with Statistics Canada. They are the arm of the federal government that does survey work, and a lot of what we need is survey work.

I was impressed with the integrated thinking of the Statistics Canada people. They realize the need in a determinants of health model to look at how we do periodic surveys, tracking socio-economic determinants, the health care system, and at long last trying to integrate more physical or environmental measures.

We had good discussions on how we explore the interaction between socio-economic status and physical environment. We looked at ways we can add components to different surveys Health Canada does to help us identify how these things work and get beyond broad and powerful, high level associations. Those associations do not necessarily lead us to interventions that will make a difference or fix the problems and reduce disparities.

We certainly see ourselves working with Statistics Canada. The question is how this information would get integrated with other information sources on social and environmental determinants. I think a model like CIHI is needed in the environmental health area as well.

**The Chair:** Thank you all very much.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Wednesday, May 14, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, although there are more senators to come, we will proceed because we do want to hear from our witnesses. We are already 15 minutes behind schedule.

We have outstanding witnesses again this afternoon. Thank you all in advance for coming here and helping us with this deliberation and report. From the Federation of Canadian Municipalities, we have Michel Frojmovic; from the Canadian Council on Social Development, Pat Steenberg; from the

**Dr Copes :** Nous avons établi une certaine collaboration avec Statistique Canada. Comme vous le savez, ils font toutes sortes d'enquêtes, notamment l'Enquête nationale sur la santé des populations, qui comprendra des indicateurs sur l'exposition aux contaminants environnementaux.

Avant de connaître Statistique Canada, je me demandais pourquoi le Canada était en retard par rapport aux autres pays dans ce domaine. J'ai assisté à un certain nombre de séminaires de spécialistes à Statistique Canada. C'est l'organisme fédéral qui fait des enquêtes, et c'est précisément ce dont nous avons besoin.

J'ai été impressionné de voir que les fonctionnaires de Statistique Canada avaient une vision intégrée de toute la question. Ils comprennent que, pour élaborer un modèle des déterminants de la santé, il faut faire des enquêtes périodiques, faire le suivi des déterminants socioéconomiques, tenir compte du système de santé et enfin essayer d'intégrer les indicateurs physiques ou environnementaux.

Nous avons eu de bonnes discussions sur la façon d'examiner l'interaction entre le statut socioéconomique et l'environnement physique. Nous avons essayé de voir comment on pourrait ajouter d'autres éléments aux différentes enquêtes de Santé Canada, afin de nous aider à mieux comprendre comment tous ces éléments fonctionnent, au lieu de faire tout simplement des associations qui ne nous amènent pas nécessairement à des interventions efficaces.

Nous avons donc de bonnes relations avec Statistique Canada. La question est de savoir comment ces données pourront être intégrées à d'autres sources d'information sur les déterminants sociaux et environnementaux. Je pense qu'il nous faudrait un modèle comme l'ICIS dans le domaine de la santé environnementale.

**Le président :** Merci beaucoup à tous.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 15 pour étudier, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, même si nous attendons l'arrivée d'autres membres du comité, nous allons commencer. C'est que nous voulons entendre ce que les témoins ont à dire. Nous sommes déjà 15 minutes en retard.

Nous accueillons cet après-midi des témoins exceptionnels. Merci d'avance à tous d'être venus comparaître et de nous aider à mieux mener notre délibération et la préparation de notre rapport. De la Fédération canadienne des municipalités, nous accueillons Michel Frojmovic; du Conseil canadien de

Atkinson Foundation, Lynne Slotek; and my old friend John Millar, from everywhere, but currently from the Provincial Health Services Authority in B.C.

We will begin with Michel Frojmovic.

**Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting & Research, Federation of Canadian Municipalities:** I understand I have about five minutes. I will not go into any great detail but will provide an overview of something called the Quality of Life Reporting System (QOLRS), which has been led by the Federation of Canadian Municipalities (FCM) and represents approximately 1,700 municipalities in Canada, about 80 per cent of the population.

To clarify, I am here on behalf of FCM. I am a consultant working on the Quality of Life Reporting System and have been for a number of years. I can answer limited numbers of questions dealing specifically with the QOLRS.

The system was first established in the early 1990s in response to the CHST, Canada Health and Social Transfer, the change in transfers for federal-provincial governments, and then the willingness by municipal governments to want to monitor and measure the impacts on the ground of what this means to citizens in their communities. That is the origin of the project.

The project now provides indicators across 10 domains, including environmental, social and economic, as well as health. It is based on members. There are 22 municipalities, representing over half of the population, typically larger Canadian cities, and it relies heavily on data, of course.

The data comes from a range of sources, Statistics Canada being one but by no means the only one. Issues of geography are important. Many of you have heard of the census metropolitan area, CMA. A CMA is not a city. The Toronto CMA, for example, represents the populations of the city of Toronto and the regions of Peel, York, Durham and Halton. If you are in Mississauga, you are lumped in with the Toronto CMA. I am sure the mayor of Mississauga is not too thrilled with that concept. We try to focus on municipal boundaries. It is an important part of this project.

Other than Statistics Canada, we rely on administrative data collected from municipal governments. They are a repository of a wealth of information. For example, issues of physical activity have become quite important and recreation services — parks and rec, as we call them — are delivered right across the country by municipal governments. They collect all sorts of information on parks and rec users — the cost of programs, the extent to which residents are making use of the programs, the presence of

développement social. Pat Steenberg; de la Fondation Atkinson, Lynne Slotek; et de partout, mais en ce moment, de la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique, mon vieil ami, John Millar.

Nous allons donner d'abord la parole à Michel Frojmovic.

**Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia, Fédération canadienne des municipalités :** Je crois comprendre que je dispose de cinq minutes. Je ne vais pas me lancer dans des explications approfondies. Je vais plutôt donner un aperçu d'une chose qui s'appelle le Système de rapports sur la qualité de vie (SRQDV), dont le fer de lance est la Fédération canadienne des municipalités (FCM), qui représente quelque 1 700 municipalités au Canada, c'est-à-dire environ 80 p. 100 de la population.

À titre de précision, je dois dire que je comparais au nom de la FCM. Je suis expert-conseil et je travaille au Système de rapports sur la qualité de vie depuis plusieurs années. Je suis en mesure de répondre à un nombre limité de questions portant précisément sur le SRQDV.

Le système a été créé au début des années 1990 en réaction au TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, à la modification des transferts entre le gouvernement fédéral et les provinces. Par la suite, les administrations municipales ont voulu surveiller et mesurer sur le terrain ce que cela signifie d'être citoyen au sein de leurs collectivités. Voilà l'origine du projet.

Aujourd'hui, c'est un projet qui prévoit des indicateurs se rapportant à dix domaines, dont l'environnement, la société et l'économie, aussi bien que la santé. Il a pour ressort l'action des participants. Il s'agit de 22 municipalités représentant plus de la moitié de la population du pays, le plus souvent des villes canadiennes de grande taille. Bien entendu, les données y occupent une très grande place.

Ces données ont de multiples provenances, dont Statistique Canada, qui est certes une source importante, mais pas du tout la seule qui soit. Les questions géographiques y occupent une place importante. Bon nombre d'entre vous avez déjà entendu parler de la région métropolitaine de recensement, la RMR. La RMR n'équivaut pas à une ville. La RMR de Toronto, par exemple, englobe les populations de la ville de Toronto et des régions de Peel, York, Durham et Halton. Si vous vivez à Mississauga, vous faites partie de la RMR de Toronto. Cela n'emballe pas du tout le maire de Mississauga, j'en suis convaincu. Nous essayons de nous attacher aux frontières municipales. C'est un élément important du projet.

Outre celles de Statistique Canada, nous recueillons des données administratives auprès des municipalités. Ce sont de véritables trésors d'information. Par exemple, les questions liées à l'activité physique ont fini par acquérir une assez grande importance. Or, ce sont les administrations municipales qui, d'un bout à l'autre du pays, dispensent les services de loisirs — ce sont les parcs et loisirs, comme nous les appelons. Les responsables des administrations en question colligent toutes



recreation facilities in the community. We rely on municipal administrative data as well. That is an important source of information.

One of the little exercises I did to try to relate the QOLRS to a social-determinants-of-health-population health framework was, if you rename some of what we call the 10 domains, the themes, with social determinants of health, it actually does a reasonable job of capturing that framework.

There is a table in the presentation notes showing the 10 domains across the top, each of which has anywhere from five to ten indicators. Because social determinants of health cover such a wide array of day-to-day life, it does a reasonable job of capturing many of those social determinants of health.

You have in front of you, in effect, a mechanism for measuring social determinants of health at a local or municipal level.

In terms of some key messages relating to data and access to data, I will run through these quickly. There should be some repetition that occurs around these key messages.

When we are talking about determinants of health, population health, a lot of health dynamics happen locally. Because they are happening locally, they need to be measured and understood locally. That includes municipal government, what is happening within a municipality but, within cities, what is happening on a neighbourhood scale. In any given city, you will see significant health inequities across neighbourhoods, as we all know. However, who understands local dynamics? Municipal governments are often in a good position to understand that. Accepting that health dynamics play out locally is one of the key messages, followed by understanding there is a role to be played by municipal government in making that connection.

Another one, as I mentioned, is that municipal boundaries matter. When we are talking about social data, the difference between a CMA and a municipality can be tremendous. That is true not just with the example I gave you, but even with how a survey is designed. Many sample surveys will only pick up enough responses to allow you to report nationally and provincially, sometimes by CMA, but often not at a city scale.

The way questions are posed and the lobbying that happens around them, ensuring that the questions going into the census reflect issues that are relevant at a local level, is vital. Having municipal government involved in helping to frame those questions is significant as well. Municipal boundaries also matter.

sortes d'informations sur les utilisateurs des services de parcs et de loisirs — le coût des programmes, la mesure dans laquelle les résidents y recourent, l'existence d'installations de loisirs au sein de la collectivité. Nous comptons donc également sur les données administratives des municipalités. C'est une importante source d'information.

Je me suis adonné à un petit exercice pour essayer de faire le lien entre le SRQDV et le cadre « déterminants sociaux de la santé/santé des populations ». Si on remplace certains des dix domaines que nous nous sommes donnés, nos thèmes, par les déterminants sociaux de la santé, la concordance avec le cadre en question est assez bonne.

Il y a un tableau dans les notes de la présentation qui fait voir tout en haut les dix domaines, dont chacun comporte de cinq à dix indicateurs. Comme les déterminants sociaux de la santé englobent toute une série d'activités quotidiennes, la concordance avec nombre des déterminants sociaux de la santé en question est assez bonne.

De fait, vous avez devant les yeux un mécanisme qui sert à mesurer les déterminants sociaux de la santé à l'échelon local ou municipal.

Quant aux messages importants touchant les données et l'accès aux données, je vais y aller rapidement. Il devrait y avoir une certaine répétition en ce qui concerne ces messages importants.

Si vous voulez parler de déterminants de la santé, de la santé des populations, il faut dire que la dynamique locale revêt une importance certaine. Comme il s'agit d'éléments qui surviennent localement, il faut les mesurer localement et les situer dans le contexte local. Or, cela comprend l'administration municipale, tout ce qui se passe au sein d'une municipalité, mais, dans le cas d'une ville, c'est ce qui se passe à l'échelon du quartier. Dans toute ville, vous allez être à même de constater des inégalités d'un quartier à l'autre du point de vue de la santé, comme nous le savons tous. Par contre, qui comprend la dynamique locale du phénomène? Les administrations municipales sont souvent bien placées pour comprendre cela. Voilà un des messages clés : il faut accepter que la dynamique de la santé se déploie localement. Puis, il faut comprendre que l'administration municipale a un rôle à jouer pour raccorder les éléments voulus.

Il y a aussi, comme je l'ai mentionné, la question des frontières municipales. Lorsqu'il est question de données sociales, la différence entre une RMR et une municipalité peut être énorme. Cela vaut pour le lieu comme dans l'exemple que je vous ai donné, mais cela va jusqu'à la conception même d'une enquête. Souvent, l'échantillonnage suffit uniquement à établir des données nationales et provinciales qui valent parfois à l'échelon d'une RMR, mais rarement à l'échelon d'une ville.

Il est primordial de s'attacher à la façon dont les questions sont posées et aux pressions qui s'exercent en rapport avec elles. Il faut absolument que les questions figurant dans le recensement soient pertinentes à l'échelon local. Il importe donc que l'administration municipale puisse participer aussi à la formulation des questions. De même, les frontières municipales importent.

You have quite a healthy amount of health data out there, which the ministries of health will be on the receiving end of. It is often in a separate world, a separate silo from social data, and of course a lot of the determinants of health are about connecting social data with health data. How you can bring about the integration is important.

In Ontario, for example, you have health regions where there is a close working relationship with municipal governments. Often, your boards of health are municipal councillors. The scope for it is there but they do appear in separate worlds. How you bring together health data and social data, bring health data into the world of social scientists and social planners, is another critical element. Again, municipal government is there in an integrating way that understands and has its hands in many of these health and social worlds.

To close, there is also something called the municipal data liberation initiative, the MDLI, which will be talked about in more detail. It is essentially trying to understand the world of data from the point of view of municipal governments and making data available at lower cost. It gets expensive. One table will easily cost you \$10,000. It is expensive to acquire this data, to analyze it and to make sense of it. We think that getting it into the hands of municipal governments, who can in turn make it accessible to a range of community associations at a local level, will be of great benefit to advancing a range of social determinants of health. I look forward to the questions as we proceed.

**Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy, Canadian Council on Social Development:** I would first like to thank the members of the subcommittee for inviting the Canadian Council on Social Development, CCSD, to appear and comment on your fourth report.

I would like to begin my comments with three facts that I think are of particular relevance. First, we live in a world that is characterized by rapid change, conflict, massive population migrations, growing personal insecurity and a widening gap between rich and poor.

The second fact is that we know as well that health is influenced not only by our genetic makeup, but also by the choices we make as individuals, and our social, cultural, physical and economic environments affect those choices.

The third fact is that place matters. Differences in health between neighbourhoods can be as big, or bigger, than differences between cities.

The council has been asked to comment on issue number one, which concerns tracking health outcomes and also supporting research on interventions to enhance the health of the population.

Le pays regorge de données abondantes sur la santé, dont les ministères de la Santé sont les destinataires. Elles circulent souvent dans un monde distinct, prises dans un silo séparé des données sociales. Or, étudier les déterminants de la santé revient souvent à faire le lien voulu entre les données sociales et les données sur la santé. La manière de s'y prendre pour assurer l'intégration importe.

En Ontario, par exemple, les régions sanitaires collaborent étroitement avec les administrations municipales. Souvent, les conseillers municipaux siègent à la commission de la santé. L'intégration serait possible, mais ce sont des données qui circulent dans des mondes distincts. Comment réunir données sur la santé et données sociales, comment alimenter en données sur la santé le milieu des spécialistes des sciences sociales, y compris les planificateurs sociaux? Voilà un autre élément capital. Encore une fois, l'administration municipale représente un champ d'intégration possible où les gens comprennent le phénomène et ont leurs entrées dans bon nombre des disciplines sanitaires et sociales dont il est question.

Pour terminer, je dirai qu'il y a un projet baptisé Initiative de démocratisation des données municipales ou IDDM, qui sera approfondi. Essentiellement, il s'agit d'essayer de comprendre l'univers des données du point de vue des administrations municipales et de rendre les données accessibles à moindres frais. Les données coûtent cher. Il n'est pas rare qu'un tableau coûte 10 000 \$. Or, acquérir ces données, les analyser, en tirer une signification se révèle coûteux. Selon nous, si nous mettons les données entre les mains des administrations municipales, qui, à leur tour, peuvent les rendre accessibles à diverses associations communautaires à l'échelon local, ce sera extrêmement utile pour faire progresser la cause des déterminants sociaux de la santé. Je suis fin prêt à répondre aux questions que vous voudrez me poser au fil de l'audience.

**Pat Steenberg, coordonnatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, Conseil canadien de développement social :** Je tiens d'abord à remercier les membres du sous-comité d'avoir invité le Conseil canadien de développement social, le CCDS, à comparaître et à commenter son quatrième rapport.

Je vais commencer ma déclaration en soulignant trois faits qui me paraissent revêtir une importance particulière. Premièrement, nous vivons dans un monde caractérisé par des changements rapides, des conflits, d'énormes migrations de populations, un sentiment grandissant d'insécurité individuelle et l'élargissement du fossé entre les riches et les pauvres.

Deuxième fait, nous savons tous que la santé dépend non seulement de notre héritage génétique, mais aussi des choix personnels que nous faisons. Notre environnement social, culturel, physique et économique influence ces choix.

Troisième fait : la notion de zone est importante. Les différences en matière d'état de santé peuvent aussi être marquées, voire plus, d'un quartier à l'autre que d'une ville à l'autre.

Le conseil est invité à commenter l'enjeu un, soit : faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche pour les interventions visant à améliorer la santé de la population.

Because we are dealing with the social determinants of health, I have chosen to understand health in its broadest context, which is not only individual physical, social and mental well being, but also our capacity to produce and sustain our own population health without compromising the health of others elsewhere or, indeed, the health of populations not yet born.

At the council, I am responsible for something called the community social data strategy, or the CSDS. There are many acronyms — CCSD and CSDS — but CSDS is a national consortium of 16 regional data user networks, one incidentally in each of Canada's six largest cities. The consortium together includes more than 50 local municipalities, as well as police, social planning councils, health and family service agencies, school boards, United Ways, public libraries and a variety of other local organizations. CSDS functions as a gateway for these groups to collectively purchase and access over \$1 million worth of data from Statistics Canada at a reduced cost.

We have three objectives — to increase data availability, to increase data accessibility and to increase user capacity, all at the community level. The first objective prompts us to improve and enlarge the social data supply; the second is to ensure those data are affordable, properly configured and easily acquired; and the third is to provide training and development around data access and analysis, particularly in the community.

CSDS data is used to understand social welfare and to assess and design social policies, programs and services, and our interests are very much consistent with others working in the area of population health. Unfortunately, and Mr. Frojmovic alluded to this, the social development and health sectors have become somewhat isolated, one from the other, and this disintegration is evident in the separation of research initiatives, resources and particularly of data. The social determinants of health make clear that we share the same goals and need to be working more closely together.

We all accept that objective statistical information is vital to an open and democratic society. I believe it is on the OECD, the Organization for Economic Cooperation and Development, website. We know today if you do not measure something, it simply does not count.

Moreover, recent developments in technology have resulted in a quantum leap in our ability to measure progress — that is, to assess where we are, either in terms of our own goals and objectives or compared to others, and how to evaluate the impact of our interventions.

Comme nous traitons des déterminants sociaux de la santé, j'ai décidé d'aborder le thème de la santé dans un contexte global. C'est-à-dire que la santé revient non seulement au bien-être individuel physique, psychologique et matériel, mais aussi à notre capacité de favoriser et de maintenir la santé de la population actuelle, sans compromettre la santé de personnes vivant ailleurs ou de celles qui ne sont pas encore nées.

Au conseil, je suis responsable de ce qui s'appelle la stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, ou SACASS. Les sigles sont nombreux — CCDS et SACASS — mais la SACASS est un consortium national regroupant 16 réseaux régionaux d'utilisateurs de statistiques, dont un, soit dit en passant, dans chacune des six grandes villes canadiennes. Le consortium compte plus de 50 municipalités ainsi que des services de police, des conseils de planification sociale, des agences de services de santé et à la famille, des conseils scolaires, des œuvres de bienfaisance, des bibliothèques publiques et toute une panoplie d'organismes locaux. La SACASS sert de passerelle à ces groupes et leur permet de payer ensemble l'accès à des statistiques d'une valeur de plus d'un million de dollars provenant de Statistique Canada, à un prix réduit.

Nous avons trois objectifs : accroître la disponibilité des statistiques, accroître leur accessibilité et accroître la capacité des utilisateurs, tout cela à l'échelon communautaire. Pour atteindre le premier objectif, nous devons améliorer et agrandir les banques de statistiques sociales. Pour atteindre le deuxième, il faut s'assurer que les données sont abordables et adéquatement configurées, et qu'il est facile de les acquérir. Pour atteindre le troisième, il faut offrir de la formation et de l'éducation en matière de consultations et d'analyse des statistiques, particulièrement au sein de la collectivité.

Les statistiques de la SACASS nous servent à comprendre le niveau de bien-être des gens et à concevoir et évaluer des politiques, des programmes et des services sociaux. L'intérêt que nous portons aux données rejoint donc en très grande partie celui des autres personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique. Malheureusement, et M. Frojmovic y a fait allusion, les secteurs de la santé et du développement social se sont éloignés l'un de l'autre — une rupture qui se concrétise par la séparation des initiatives et des ressources de recherche, et particulièrement les données. Les déterminants sociaux de la santé font foi de nos objectifs communs et de la nécessité d'instaurer une plus étroite collaboration.

Nous admettons tous que l'accès à des renseignements statistiques objectifs est essentiel à toute société qui se veut ouverte et démocratique. Je crois que vous pouvez trouver cela sur le site Web de l'OCDE, l'Organisation de coopération et de développement économiques. Nous le savons : de nos jours, le phénomène qui n'est pas mesuré passe tout simplement inaperçu.

De plus, les progrès techniques récents ont augmenté de façon phénoménale notre capacité de mesurer le progrès — c'est-à-dire de déterminer où nous en sommes par rapport à nos buts et à nos objectifs, sinon par rapport à ceux des autres, et d'évaluer les répercussions de nos interventions.



However, we are in urgent need of improving, enlarging and rationalizing our social data stock in this country. Complex social analysis requires not only data and a lot of data, it also requires the right data. Nowhere is the right data more important than in our cities, where eight out of ten Canadians now live.

Canadians, as we know, are experiencing explosive growth. For example, between the 2001 and 2006 censuses, the city of Barrie grew by 19 per cent and the city of Red Deer grew by 22 per cent. Our six largest cities — which are obviously Toronto, Montreal, Vancouver, Ottawa-Gatineau, Calgary and Edmonton — each have over 1 million residents. Toronto has nearly twice that. The cities have together accommodated nearly three-quarters of Canada's population growth since the last census. Together, they are home to nearly one in two Canadians.

Municipal governments provide 63 per cent of the public services, and these include the public health and social services that address the social determinants of health but receive only 8 cents on every tax dollar. Cities must spend smart, and smart spending requires good data. With that being said, municipalities have not been a particularly well-served data constituency at the federal level.

To recap, urban populations are growing, not only in size but also in diversity. Increasing diversity is often associated with increased poverty and social exclusion, while the marriage of diversity and density changes the framework for social interaction. We know that social disadvantages concentrate in certain neighbourhoods, and that concentrating social disadvantage accentuates its impact.

There is a critical need for new municipal social infrastructure, and it is infrastructure that recognizes the importance of place. Mr. Frojmovic also spoke about place. Place is the term used to describe a geographic area that has meaning to people, as opposed to 'community' which denotes shared interests and concerns, et cetera, regardless of place of residence. We all know that a child does better in a healthy family, and a healthy family is more likely to be healthy in a supportive neighbourhood.

We also know, on the other hand, that residents of distressed neighbourhoods are more likely to be poor, unemployed, uneducated, unhealthy and victims of crime and abuse.

Using data to create neighbourhood profiles enables us to explore the relationship between neighbourhood effects, such as the social determinants of health, and individual well-being outcomes. It also allows us to explore the relationship between neighbourhood characteristics and neighbourhood effects.

Toutefois, nous devons incessamment améliorer, agrandir et rationaliser nos bases de statistiques sociales au pays. Mesurer des phénomènes sociaux complexes nécessite non seulement une analyse des données, beaucoup de données, mais aussi une analyse des bonnes données. Nulle part serait-ce plus important que dans nos villes, là où vivent maintenant 80 p. 100 des Canadiens.

Comme nous le savons, il est question ici d'une croissance démographique explosive. Par exemple, entre le recensement de 2001 et celui de 2006, la population de la ville de Barrie s'est accrue de 19 p. 100, et celle de la ville de Red Deer, de 22 p. 100. Nos six plus grandes villes — ce sont, évidemment, Toronto, Montréal, Vancouver, Ottawa-Gatineau, Calgary et Edmonton — comptent tous plus d'un million d'habitants. Dans le cas de Toronto, c'est presque le double. Les villes ont enregistré près des trois quarts de l'accroissement démographique connu au Canada depuis le dernier recensement. Ensemble, ces villes abritent près de la moitié de la population canadienne.

Les administrations municipales fournissent 63 p. 100 des services publics, y compris les services sociaux et de santé publique liés aux déterminants sociaux de la santé, mais ne reçoivent que 8 cents sur chaque dollar de recettes fiscales perçues. Les villes doivent dépenser intelligemment l'argent dont elles disposent; or, pour cela, il faut disposer de données rigoureuses. Cela dit, les municipalités n'ont pas été particulièrement choyées au chapitre des données, d'un point de vue fédéral.

Pour récapituler, disons que les populations urbaines croissent et se diversifient aussi. Plus de diversité signifie souvent davantage de pauvreté et d'exclusions sociales, alors que la combinaison densité-diversité modifie le cadre des interactions sociales. Nous savons que les désavantages sociaux sont concentrés dans certains quartiers et que leur concentration en accentue les répercussions.

Il faut se donner impérieusement une nouvelle infrastructure sociale à l'échelle municipale, et cette infrastructure doit tenir compte de l'importante influence de la zone. M. Frojmovic a également évoqué cela. Le terme « zone » désigne un secteur géographique significatif pour ses habitants, par opposition à la « communauté », qui dénote un partage d'intérêt, de normes ou de valeurs entre des personnes, quel que soit leur lieu de résidence. Nous savons tous qu'un enfant réussit mieux s'il grandit au sein d'une famille saine, et qu'une famille a plus de chance d'être saine dans un quartier favorisé.

Nous savons aussi, par ailleurs, que les habitants des quartiers défavorisés sont plus susceptibles d'être pauvres, sans emploi, sans instruction, en mauvaise santé, victimes de crimes et maltraités.

Recourir aux statistiques pour dresser le profil des quartiers nous permet d'étudier la relation entre les effets du quartier, par exemple les déterminants sociaux de la santé, et les résultats individuels du point de vue du bien-être. Cela permet d'établir un lien entre les caractéristiques du quartier et les effets du quartier.

However, in order to link neighbourhood characteristics and neighbourhood outcomes, we have to have access to more and better neighbourhood data, as well as to such things as consistent protocols for neighbourhood profiling.

There are many Canadian researchers and planners who are currently developing and using neighbourhood profiles and developing well-being outcome indicators. However, much of their knowledge goes unused or underused either because the data does not match or because people simply are not aware of what is going on in these different areas.

Moreover, Canada is a country that remains considerably behind other countries in terms of making social data available at the neighbourhood level. For this reason, we are concerned that we do not have at present the appropriate evidence — that is, the indicators, data and methodologies — to validate our intervention decisions and to measure their impact.

The census provides the richest body of social data and one of the few that can be disaggregated down to the neighbourhood level. However, while social planning tends to be at that level, the standard census geographies do not recognize that. Instead, neighbourhood data must be extracted separately and at considerable cost. Also, one has to bear in mind that census data is only available once every five years, which can be problematic in times of rapid growth.

National survey data, as Mr. Frojmovic said, is available more frequently, but sample sizes are typically too small to make them very useful to most municipalities, particularly at the sub-municipal and neighbourhood levels.

Further, another problem is that social data analysis requires that data be tracked over time, so unless the questions are asked in the same manner and retained over successive surveys, that tracking information simply is not available.

CSDS members want more social data, we want more timely data and we want it at locally meaningful geographies. We also want the right to share that data freely with others in our communities.

Statistics Canada restricts the use of its data through licensing. Revenues realized through licensing and other cost recovery measures are necessary to the agency's continued operation. However, licensing restrictions can mean that the same data tables, the \$10,000 data tables, are bought many times over. The costs imposed by the licensing policy seriously constrain the capacity of local-level organizations to access, use and publicize information relevant and important to their communities.

Cependant, pour établir un lien entre les caractéristiques des quartiers et leurs résultats du point de vue du bien-être, il faut à leur sujet des données en plus grand nombre et de meilleure qualité ainsi que des procédures cohérentes pour tracer leur profil.

À l'heure actuelle, de nombreux chercheurs et planificateurs canadiens utilisent des profils de quartier et conçoivent des indicateurs de résultats en matière de bien-être. Par contre, leur travail demeure en grande partie inutilisé, sinon sous-utilisé soit parce que les données sont incompatibles, soit parce que les gens ne sont simplement pas au courant de ce qui se fait dans ces divers domaines.

De plus, le Canada accuse un retard considérable sur d'autres pays quant à la disponibilité des statistiques sociales par quartier. De ce fait, nous craignons ne pas disposer des éléments appropriés — les indicateurs, données et méthodologies — pour justifier nos décisions d'intervention et mesurer leurs répercussions.

Le recensement constitue la source de statistiques sociales la plus riche qui soit. C'est l'une des seules où les données peuvent être ventilées par quartier. Toutefois, même si la planification sociale tend à se déployer à cet échelon-là, les découpages géographiques habituels du recensement n'en tiennent pas compte. De même, il faut se rappeler que les données du recensement sont recueillies seulement tous les cinq ans, ce qui est problématique dans un contexte de croissance rapide.

On a accès plus souvent aux données des enquêtes d'envergure nationale, comme M. Frojmovic l'a dit, mais les échantillons sont habituellement trop petits pour être vraiment utiles à la plupart des municipalités, particulièrement à l'échelon sous-municipal et à l'échelon des quartiers.

Autre problème : l'analyse des statistiques sociales exige que les données soient suivies au fil du temps. À moins que les questions ne soient posées de la même manière et conservées dans plusieurs sondages successifs, il n'y a pas d'information de suivi.

Nous, les participants à la SACASS, nous voulons plus de statistiques sociales, nous voulons des statistiques plus à jour, nous voulons des statistiques qui s'appuient sur des découpages géographiques significatifs à l'échelle locale. De même, nous voulons avoir le droit d'échanger librement ces données avec d'autres au sein de nos communautés.

Statistique Canada restreint l'utilisation de ses statistiques au moyen de licences d'utilisation. Les recettes tirées de cette pratique et d'autres mesures de recouvrement des coûts sont nécessaires à la poursuite de ses activités. Toutefois, les restrictions comprises dans les licences peuvent mener à des situations où les mêmes tableaux statistiques, les tableaux statistiques à 10 000 \$ sont achetés maintes et maintes fois. Les coûts liés à l'achat de licences limitent grandement la capacité des organisations locales d'accéder aux statistiques pertinentes et importantes pour leurs communautés, de les utiliser et de les diffuser.

We strongly recommend that the annual parliamentary appropriations to Statistics Canada be increased to ensure the agency can continue to meet the emerging needs of Canadian municipalities and their communities.

The federal government currently collects and generates a wide and rich variety of social data that is not, or is not presently, shared with other areas or orders of government or with community-level users. At the same time, as I have said, numerous Canadian researchers, sometimes several within a single department, are working to define and track well-being. We believe now is the time for consolidation, rationalization and interdisciplinary cooperation.

The council believes that a significant first step in addressing the national data deficiency would be to create and populate a national data inventory that would acquire, compile, organize, store and disseminate social data. Systemizing the data will enhance its accessibility, will permit comparisons, will ensure data collections are mutually reinforcing and not duplicating, and will lower or remove costs.

We would support the enrichment and expansion of the population health database for this purpose. However, such a resource must be seen as part of, and developed within, the context of a national social data strategy. It must also be understood broadly as a community resource, not solely or even primarily one for the health sector. Moreover, different levels of government should share the funding and maintenance of that resource, but its design and development from the beginning should involve all significant users, particularly those working on the ground in public health and social development. This is not presently happening.

Again, the database should be developed and managed by an appropriate partnership of data providers and data users, including Statistics Canada, relevant governments, the National Council on Welfare, the Public Health Agency of Canada, the Canadian Index of Wellbeing, the Federation of Canadian Municipalities and the Canadian Council on Social Development, among others. The partners themselves should decide on an appropriate distribution of roles and responsibilities.

Your interest in tracking and measuring the social determinants of health is evidence of the growing interest generally in the provision and use of social data. It also reflects what we at the CCSD view as a paradigmatic shift in how we understand and evaluate individual and societal well-being.

To understand population health, we need to know how well-being is distributed among the population, and we also need to know those factors accounting for that pattern of distribution.

Nous recommandons fortement que le crédit parlementaire annuel à Statistique Canada soit augmenté pour garantir que l'organisme répond aux besoins nouveaux des municipalités canadiennes et de leurs communautés.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral recueille et génère une gamme riche et variée de statistiques sociales qui ne sont pas ou ne peuvent être mises à la disposition d'autres secteurs, ordres de gouvernement ou utilisateurs locaux. Parallèlement, comme je l'ai dit, de nombreux chercheurs canadiens, parfois au sein d'un même ministère fédéral, oeuvrent à la définition et au suivi du bien-être. Nous croyons que le moment est venu d'avoir une consolidation, une rationalisation et une coopération interdisciplinaire.

Le conseil estime qu'une première étape importante pour pallier au manque de données nationales consisterait à créer et à alimenter un inventaire statistique national qui permettrait de recueillir, de compiler, d'organiser, de stocker et de diffuser des statistiques sociales. La systématisation servira à améliorer l'accessibilité des données, permettra des comparaisons, garantira que les collectes de données sont complémentaires et non pas à double emploi, et de diminuer sinon de supprimer carrément les coûts.

Nous soutiendrions l'enrichissement et l'agrandissement de la base de données sur la santé de la population à cette fin. Cependant, une telle ressource doit être considérée comme partie intégrante d'une stratégie nationale de statistiques sociales et être élaborée dans ce contexte. Elle doit être comprise dans son ensemble comme une ressource communautaire et non comme une ressource qui serait uniquement ni même principalement destinée au secteur de la santé. En outre, les divers ordres de gouvernement devraient assumer conjointement le financement et l'entretien de cette ressource, dont la conception et le développement devraient toutefois être l'affaire, dès le début, de tous les utilisateurs concernés, particulièrement de ceux oeuvrant sur le terrain dans les domaines de la santé publique et du développement social. Or, ce n'est pas le cas en ce moment.

Encore une fois, la création et la gestion de la base de données devraient relever d'un partenariat approprié de fournisseurs et d'utilisateurs de données, dont Statistique Canada, des administrations gouvernementales touchées, du Conseil national du bien-être social, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'indice canadien du mieux-être, de la Fédération canadienne des municipalités et du Conseil canadien de développement social, entre autres. Les partenaires eux-mêmes devraient répartir comme il se doit les rôles et les responsabilités.

L'intérêt que vous portez au suivi et à la mesure des déterminants sociaux de la santé témoigne de l'intérêt général qui est de plus en plus porté à l'offre et à l'utilisation des statistiques sociales. Il témoigne aussi de ce que nous, au CCSD, estimons être un tournant paradigmatique dans la manière de comprendre et d'évaluer le bien-être individuel et sociétal.

Pour comprendre la santé de la population, nous devons savoir comment le bien-être y est réparti et savoir quels facteurs interviennent dans cette répartition. Les mesures globales



Aggregate measures mask significant variations in well-being distribution. They inevitably bias analysis away from recommending change in favour of preserving the status quo.

**The Chair:** That was excellent. It leads right into, I believe, Lynne Slotek.

**Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing, Atkinson Foundation:** Thank you for the opportunity to speak to you this afternoon. I am the National Project Director of the Canadian Index of Wellbeing, CIW, housed at the Atkinson Charitable Foundation. With the clerk's support, I provided you with a PowerPoint deck which gives you some information regarding what is the Canadian Index of Wellbeing. I will not go into a great deal of detail but will provide a summary in the context of what is possible if we were really able to address the data gaps and increase the potential of dissemination of data across Canada.

The Canadian Index of Wellbeing is a project that has been in development since 1999, but more intensely since 2004. It is a pan-Canadian endeavour built by a group of researchers and indicator practitioners from St. John's, Newfoundland, all the way across to Whitehorse, Yukon. We have used the best data available at Statistics Canada and others, but we have also used a public engagement process whereby we have gone to Canadians twice and done public consultations across Canada about what well-being means to them.

The intent of this is to build a national understanding of what well-being is across eight domains. We call one of those domains healthy populations, which is the social determinants of health, although when you look at the others on the list, including living standards and community vitality, it reflects many other aspects of social determinants of health. The intent is to build a trend line by taking eight domains and integrating them into one single number so that we can actually take a look, over time, at whether Canada is progressing towards well-being or away from well-being.

It is built on a set of national values, everything from security to sustainability, to equity, fairness and inclusiveness, all those values that we hear Canadians talk about quite repeatedly. Although we talk about our differences — and there are and we need to take into account our diversity — I was struck, in the public consultations, by how much we have in common around values.

The underpinning of the CIW is based on nine core Canadian values. The CIW includes eight domains with 64 specific and measurable indicators that form single numbers which tell us about progress toward well-being or away from well-being. That is the goal; that is the vision.

What I want to talk to you about is what we have learned in terms of getting from this point to rolling out the Canadian Index of Wellbeing for Canadians over the next six to nine months.

masquent d'importantes variations dans la répartition du bien-être. Elles influencent inévitablement les analyses, dont les conclusions s'éloignent du fait d'une recommandation de changement et favorisent le statu quo.

**Le président :** Voilà qui était excellent. Cela nous amène, je crois, à l'exposé de Lynn Slotek.

**Lynne Slotek, directrice nationale de projet, indice canadien du mieux-être, Fondation Atkinson :** Merci de l'occasion que vous me donnez de m'adresser à vous cet après-midi. Je suis la directrice nationale de projet responsable de l'indice canadien du mieux-être, qui est abrité pour ainsi dire à l'Atkinson Charitable Foundation. Avec le concours de la greffière, je vous ai remis un document PowerPoint qui vous donne certains renseignements sur l'indice canadien du mieux-être. Je ne vais pas me lancer dans des explications très approfondies. Je vais plutôt résumer ce qui devient possible si nous décidons de pallier vraiment au manque de données et d'accroître la circulation potentielle des données au Canada.

L'indice canadien du mieux-être est un projet dont la création remonte à 1999, mais le travail qui s'y fait est plus intense depuis 2004. Il s'agit d'un projet pancanadien mené par un groupe de chercheurs et de praticiens du domaine des indicateurs de tout le pays, de St. John's, à Terre-Neuve, jusqu'à Whitehorse, au Yukon. Nous avons recouru aux meilleures données qu'offrent Statistique Canada et d'autres sources, mais nous avons appliqué une démarche publique, c'est-à-dire que nous avons consulté les Canadiens deux fois, réalisé des consultations publiques partout au pays à propos de ce que le terme bien-être signifie pour eux.

Il s'agit d'en arriver à une compréhension commune de ce qu'est le bien-être à l'échelle nationale. Pour cela, nous avons établi huit domaines. Nous parlons par exemple de populations en santé, ce qui renvoie aux déterminants sociaux de la santé, mais si on s'attarde aux autres éléments de la liste, y compris le niveau de vie et le dynamisme communautaire, on voit que de nombreux autres aspects des déterminants sociaux de la santé entrent en ligne de compte. Il s'agit d'établir une courbe de tendance en prenant huit domaines et en les regroupant en un indice unique. Cela nous permettrait de déterminer, au fil du temps, si le Canada se rapproche ou s'éloigne du mieux-être.

Le travail se fonde sur une série de valeurs nationales, depuis la sécurité jusqu'à la viabilité à long terme, en passant par l'équité, la justice et l'inclusion, toutes les valeurs dont les Canadiens discutent assez souvent. Nous traitons bel et bien de nos différences — il y en a, et il faut tenir compte de notre diversité —, mais, pendant les consultations publiques, j'ai été frappée de constater à quel point nous nourrissons des valeurs communes.

L'ICME a pour assise neuf valeurs canadiennes fondamentales. L'ICME comporte huit domaines et 64 indicateurs précis et mesurables ramenables à un seul chiffre qui nous dit si nous nous approchons ou nous éloignons du mieux-être. C'est là le but; c'est là la vision du projet.

Ce dont je voudrais vous parler, c'est de ce que nous avons appris en ce qui concerne l'idée de mettre en place au cours des six à neuf prochains mois l'indice canadien du mieux-être au profit des Canadiens.

First and foremost is that social determinants of health time series data are time limited and have serious gaps. In order to establish trend lines, one must be able to populate and have points in time. I believe Dr. Millar will probably speak about some of the serious gaps, but I would also like to affirm that issues around poverty, homelessness, affordable housing, food security and income security are not well tracked. If we really are serious about taking a look at the social determinants of health, and changing the dialogue and paradigm about what well-being looks like in Canada, we must start tracking that information.

I will not belabour the point, but there is also the need for increased data collection. Although the Canadian Index of Wellbeing is not intended to develop at the local level, we are incredibly struck in our partnerships with people like FCM, the Community Foundations of Canada's Vital Signs and the United Way's Action for Neighbourhood Change, that there is a thirst for that knowledge. Planning cannot be done at the local level, and one cannot do horizontal planning across Canada and vertical planning at three levels of governance without that. We need more neighbourhood and government level indicators, which both Mr. Frojmovic and Ms. Steenberg talked about.

Tracking change over time is incredibly difficult when survey questions are not asked in the same way over time. Perhaps one of the biggest challenges is that there is not an engagement with those who will actually use the information. It is important to ask the same question over a period of time so that you can really track what that means and what the time series looks like.

There is little or no communication between the social development community and health community at the planning and policy level. You have two silos going on. There is a great deal of information at the social development planning level around what a good city looks like, and its relationship to healthy living and those issues of social determinants of health. They do not often talk to those people working in the health field. There are numerous models and practices across Canada to show that this intersectoral collaboration can be successful, but we are not using it to the fullest in Canada.

We also have organizational/departmental silos and few government/community partnerships where information is not shared transparently leading to cross-purpose planning; it is important to get on the same page and work together collectively. The other issue is no integrated government/community framework for collecting, organizing and disseminating data. It is not a government responsibility only. It can be a community/government partnership that would have a vast impact on the change and address the social determinants of health in Canada. Some of the recommendations that I bring to you from our Canadian Index of Wellbeing network are, first, Statistics Canada

D'abord et avant tout, les données chronologiques sur les déterminants sociaux de la santé sont limitées du point de vue de la durée et présentent d'importantes lacunes. Pour établir une courbe de tendance, il faut pouvoir alimenter l'analyse et se donner une série temporelle. M. Millar parlera probablement de certaines des lacunes graves qui existent, mais j'aimerais déclarer pour moi-même que la pauvreté, l'itinérance, les conditions de logement, la sécurité alimentaire et la sécurité du revenu sont des questions qui ne font pas l'objet d'un bon suivi. Si nous sommes sérieux et que nous souhaitons vraiment aborder les déterminants sociaux de la santé et faire évoluer le dialogue et le paradigme entourant la notion de bien-être ou de mieux-être au Canada, nous devons commencer à assurer le suivi de cette information-là.

Je ne m'étendrai pas inutilement sur la question, mais il faut également accroître la collecte de données. L'indice canadien du mieux-être n'est pas censé se déployer à l'échelon local, mais nous sommes frappés par la soif de connaître ces choses-là chez nos partenaires, par exemple la FCM, l'organisation responsable du rapport « Signés vitaux » des Fondations communautaires du Canada et l'Initiative de revitalisation des quartiers de Centraide. La planification ne peut se faire à l'échelon local, et on ne saurait procéder à la planification horizontale dans tout le pays ainsi qu'à la planification verticale des trois ordres de gouvernance sans cela. Il faut davantage d'indicateurs pour le quartier et pour le gouvernement, ce dont M. Frojmovic et Mme Steenberg ont parlé.

Il est extrêmement difficile de suivre le changement au fil du temps si les questions figurant dans les sondages ne sont pas toujours posées de la même façon. Un des principaux problèmes tient peut-être au fait que les utilisateurs de l'information ne sont pas mis à contribution. Il importe de poser la même question au fil du temps de manière à pouvoir vraiment suivre l'évolution des choses et l'aspect de la série chronologique.

La communication est faible, voire inexistante entre le milieu du développement social et le milieu de la santé à l'échelle des politiques et de la planification. Ce sont deux silos. Dans le milieu de la planification du développement social, il y a une abondante information sur ce à quoi ressemble une bonne ville et sur les liens qui existent entre cette dernière, une vie saine et les déterminants sociaux de la santé en question. Les gens de ce domaine ne s'entrelient pas souvent avec les gens du domaine de la santé. Bon nombre de modèles et de pratiques au Canada font voir qu'une coopération intersectorielle à ce sujet pourrait se révéler fructueuse, mais c'est une possibilité que nous n'exploitons pas au maximum au Canada.

Il y a également les silos organisationnels et ministériels. Et puis, rares sont les partenariats conclus entre le gouvernement et les collectivités. De ce fait, l'information ne circule pas, d'où une planification malencontreuse. Il importe de faire en sorte que tout le monde soit sur la même longueur d'ondes et travaille ensemble. Enfin, il n'y a aucun cadre de travail intégré gouvernement-collectivités pour la collecte, l'organisation et la diffusion des données. Ce n'est pas une responsabilité qui revient uniquement au gouvernement. Il pourrait y avoir un partenariat collectivités-gouvernement qui aurait d'importantes répercussions pour le changement envisagé et qui permettrait de prendre en main le



is obviously a well-funded government agency here in Ottawa, but it must be adequately funded so that it meets all people's needs. This is Ms. Steenberg's point around the fact that access to that information is not available to smaller community organizations in the community. They have to pay over and over again. You must address that issue.

Statistics Canada needs to take a more open leadership role in government/community partnership frameworks so that data users have strategic input into the types of data gathered. I commented on this earlier.

Statistics Canada and other collectors of social determinants of health data should be able to share their knowledge and show data users how to use and interpret the data.

In your *Issues and Options* paper — and I was delighted to see this — you talked about health goals and outcomes. That is an important strategy to look at tangible outcomes and goals, but they will fail if it is not embedded in legislation with targets and long-term financial investment and political champions.

The last recommendation I would share with you is to establish an integrated government/community, multi-level health and social development framework for collecting, tracking, organizing, analyzing and disseminating social determinants of health data.

Thank you for your time.

**Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control, Provincial Health Services Authority, B.C.:** Thank you for the opportunity to appear once again before you. I am with the Provincial Health Services Authority in British Columbia. I have responsibilities under that authority for trying to improve the health of the population in British Columbia. I work closely with the public health officers in British Columbia and the British Columbia Healthy Living Alliance. At the national level, I chair the national advisory committee on the National Collaborating Centre for Determinants of Health. I work closely with the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada and several F/P/T, federal/provincial/territorial, committees. The views I will give you are drawn from my experience in all of those realms.

I read your fourth report with great interest and am encouraged to see how it is going. I know you have asked me to comment in particular on the data and research areas, but those must be thought of in context, so I will take the opportunity to say a bit about where I hope you might go around some specifics in your final report. I know this is a preliminary report and does not have a lot of specifics in it, but I would urge you to

dossier des déterminants sociaux de la santé au Canada. Voici quelques recommandations que je vous transmets au nom du réseau pour l'indice canadien du mieux-être. Premièrement, Statistique Canada est visiblement un organisme gouvernemental bien financé pour le travail qu'il fait ici à Ottawa, mais il faut le financer correctement pour qu'il puisse satisfaire aux besoins de tous. Cela nous ramène au point souligné par Mme Steenberg, soit que l'information en question n'est pas accessible aux petits organismes locaux. Ils doivent payer maintes et maintes fois. C'est un problème qu'il faut régler.

Statistique Canada doit pratiquer un leadership plus ouvert dans le cadre des partenariats gouvernement-collectivités pour que les utilisateurs de données aient leur mot à dire dans le type de données qui est recueilli. J'en ai déjà parlé.

Statistique Canada et d'autres responsables de la collecte de données sur les déterminants sociaux de la santé devraient être en mesure de faire circuler leurs connaissances et montrer aux utilisateurs de données comment utiliser et interpréter les données.

Dans votre document *Enjeux et options* — et je me suis réjoui au plus haut point de le constater —, vous parlez de buts et de résultats sanitaires. C'est une stratégie importante : envisager des résultats et des buts concrets, mais ce sera en vain si la mesure ne figure pas dans une loi qui comporte des cibles, s'il n'y a personne pour défendre la cause politiquement et s'il n'y a pas d'investissements financiers à long terme qui sont faits.

La dernière recommandation que je vous transmettrais est la suivante : établir un cadre intégré de développement social et sanitaire multiniveau entre le gouvernement et les collectivités pour la collecte, le suivi, l'organisation, l'analyse et la diffusion des données sur les déterminants sociaux de la santé.

Merci de m'avoir écoutée.

**Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique :** Merci de me donner l'occasion de témoigner devant vous à nouveau. Je travaille à la Provincial Health Services Authority en Colombie-Britannique. Les responsabilités officielles que j'y exerce consistent à travailler pour améliorer la santé de la population en Colombie-Britannique. J'ai travaillé en étroite collaboration avec les agents de santé publique en Colombie-Britannique ainsi qu'avec la British Columbia Healthy Living Alliance. Sur le plan national, je suis président du comité consultatif national du centre national de collaboration sur les déterminants de la santé. J'ai collaboré étroitement avec l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada comme avec plusieurs comités fédéraux-provinciaux-territoriaux. Le point de vue que je m'appête à vous donner est tiré de mon expérience dans tous les champs d'action que je viens de décrire.

J'ai lu votre quatrième rapport avec grand intérêt; le progrès dont il témoigne m'encourage. Je sais que vous m'avez demandé de commenter en particulier la question des données et celle de la recherche, mais ce sont des questions qu'il faut situer dans leur contexte; je vais donc profiter de l'occasion pour parler un peu des pistes d'action que j'espère que vous allez suivre en rapport avec des aspects précis de votre rapport final. Je sais qu'il s'agit ici d'un



consider, when you talk about some national strategies, that they include the following five topic areas at least. For those of you who are trying to follow this from my PowerPoint deck, I am starting more or less on page 4.

The first of the five areas would be looking at the issue of homelessness and affordable housing in this country. You know the extent of the problem. It is right across the country. There is a profoundly solid business case for doing something about that. There is huge support around that. The first one is homelessness and affordable housing, which is very much linked into the issues of mental health and addictions. These first three are all closely connected. The second area is child and family poverty. You know the issues around that. The third is around early childhood development and getting to some sort of universal access to child care. The fourth is around obesity. We have a huge epidemic of obesity in this country, and we need a national strategy on that with goals. The fifth is the issues around Aboriginal health. All of these need strategies, and the strategies need goals. As Ms. Slotek has said, the goals need targets, and the targets need measurements. That is the context in which I will now move to discuss data and research issues.

On the data front, we are blessed in this country with many large databases. You have heard about some of the issues around those. Certainly, in population health and the social determinants, there is much work to be done. One of the missing pieces is around good economic data and a good economic analysis because always, these days, any government or anyone in the private sector wants to see a business case. What does it cost to deliver a program, and what are the societal benefits and the payoffs? We are commonly hamstrung by inadequate economic data, and that gap must be filled.

Another issue is around data access. You have heard some of it targeted in particular at Statistics Canada. The issue I want to bring forward that has not been mentioned here today is around data access from government departments right across the board, federally and provincially, often stifling access to data under the privacy and confidentiality legislation. I am hearing people in the committees I sit on and the meetings I go to in British Columbia say that Canadians are dying because we do not have adequate data access. I am also hearing that it is not strictly because of the legislation, but that governments are using legislation as an excuse not to release data. We are suffering great inhibition in being able to link databases and conduct the research in the population health intervention area that needs to be done.

rapport préliminaire qui ne comporte pas beaucoup d'aspects précis, mais je vous invitais vivement à envisager, au moment de discuter de stratégies nationales, d'y faire figurer tout au moins les cinq sujets suivants. Pour ceux parmi vous qui essayez de suivre mon exposé à l'aide du document PowerPoint, je commence plus ou moins à la page 4.

La première des cinq questions serait celle de l'itinérance et de l'accès au logement abordable au pays. Vous connaissez l'ampleur du problème. C'est tout le pays qui est touché. Or, il y a des raisons profondes de croire que l'action à cet égard rapporte. Les appuis sur ce point sont colossaux. La première question l'itinérance et l'accès à un logement abordable — est très fortement liée aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les trois premiers sont fortement liés entre eux. La deuxième question est celle de l'enfance et de la pauvreté des familles. Vous connaissez les problèmes qui existent en rapport avec cette question-là. La troisième question est celle du développement de la petite enfance et de l'accès universel à la garde des enfants, quelle qu'en soit la forme. La quatrième question est celle de l'obésité. Il y a toute une épidémie d'obésité au pays, et il nous faut à cet égard une stratégie nationale qui comporte des buts. La cinquième question est celle de la santé des Autochtones. Pour toutes ces questions il faut une stratégie, et pour les stratégies, il faut des buts. Comme Mme Slotek le disait, il faut des cibles pour atteindre les buts, et il faut des mesures pour atteindre les cibles. Voilà le contexte que j'ai voulu brosser avant de passer à mon exposé sur les données et la recherche.

Du point de vue des données, notre pays est béni : il compte un grand nombre de bases de données d'envergure. Vous avez entendu parler de certains des enjeux à cet égard. Certes, dans les domaines de la santé des populations et des déterminants sociaux, il y a encore beaucoup de travail à faire. Ce qui fait défaut, entre autres, c'est l'accès à de bonnes données économiques et à une bonne analyse économique : de nos jours, le gouvernement aussi bien que le secteur privé tient à avoir une analyse de rentabilité des projets. Qu'est-ce qu'il en coûte pour exécuter un programme et quels en sont les avantages et les retombées pour la société? Être limité faute de données économiques adéquates est pour nous monnaie courante. C'est une lacune qu'il faut corriger.

L'autre question est celle de l'accès aux données. Vous en avez entendu parler dans le cas particulier de Statistique Canada. Le problème que je veux soulever n'a pas été abordé aujourd'hui. C'est celui de l'accès aux données des ministères en général, sur le plan fédéral aussi bien que provincial. C'est l'accès aux données qui, souvent, est sévèrement limité sous le régime des lois sur la protection des renseignements personnels et la confidentialité. Au comité où je siége et pendant les réunions auxquelles j'assiste en Colombie-Britannique, j'entends dire qu'il y a des Canadiens qui meurent parce que l'accès aux données fait défaut. J'entends aussi dire que ce n'est pas seulement en raison des lois. C'est aussi parce que les gouvernements se servent des lois comme prétexte pour ne pas divulguer certaines données. Nous sommes aux prises avec une grande inhibition qui nous empêche de raccorder les bases de données et de mener les recherches qui s'imposent dans le secteur des interventions en santé publique.

Another restriction that we have is around capacity to do the analysis even when we have data. With the Institute of Population and Public Health under John Frank, where I was honoured to be on the institute advisory board, there were great frustrations because the country does not have the research capacity to even use the data that we do have.

Another area that I would recommend for your consideration is the area known as economic microsimulation techniques. Again, Statistics Canada has considerable expertise in this area, as do many academic institutions, but it is considerably underdeveloped and underfunded in the country at the moment. It is a technique that allows us to make projections. It is something used routinely in treasury boards and finance departments, but it is not being used so much in population health. It allows us to estimate the input of potential population health interventions.

I also want to emphasize something you have heard from everyone, which is the need for local level data. Once again, the privacy and confidentiality legislation often inhibits the release of data at a very local level. We need to somehow get past that. Again, the resources devoted to local-level data are inadequate.

Let me turn, in conclusion, to issues around population health research. There is a terrific need and underfunding for population health intervention research in the country, including, as I mentioned earlier, economic cost benefit studies. If you look at the way the Canadian Institute for Health Information, CIHI, currently allocates its funding, the fourth pillar around population health is by far the smallest. It is a tiny fraction of what is still going into basic science and clinical sciences. This needs to be augmented.

**The Chair:** I thank all of you and will lead off the questioning. It seems that you are all telling us — and we heard this before — what we need in the way of a data capacity for evaluating population health and initiating change. We need a national data inventory. This must be community sensitive and perhaps I could go so far as to say community based. You are preaching to the converted. We have believed for a long time that we must get this organized at the community level.

Again, you have given us the litany of outstanding organizations when it comes to data, such as Statistics Canada and the new CIHI initiative, and the list goes on. They have been before us at least once, some several times, and are trying to be as helpful as they can be.

There is a tough question here that I would like all four of you to address. I am a big believer in networking rather than top-down control so that you can allow initiatives to develop and

Autre problème : même là où nous avons accès aux données, la capacité d'analyse est restreinte. À l'Institut de la santé publique et des populations, sous la férule de John Frank, là où j'ai eu l'honneur de siéger au conseil consultatif de l'institut, je peux vous dire qu'il y avait une grande frustration à ce sujet. C'est que le pays ne possède pas la capacité de recherche nécessaire pour se servir même des données dont nous disposons déjà.

Je vous recommanderais aussi de porter votre regard sur ce qui s'appelle les techniques de microsimulation économique. Encore une fois, Statistique Canada possède une expertise considérable en la matière, tout comme de nombreux établissements d'enseignement, mais c'est un secteur qui est considérablement sous-développé et sous-financé au pays en ce moment. Il s'agit d'une technique qui nous permet de faire des prévisions. C'est un procédé d'usage courant dans les conseils du trésor et les ministères des Finances, mais il ne s'emploie pas tant dans le domaine de la santé des populations. La technique nous permet d'estimer l'intrant en ce qui concerne les interventions possibles en santé publique.

Je tiens aussi à insister sur une chose que tout le monde vous a dite, soit qu'il faut des données localement. Encore une fois, les lois en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité empêchent souvent la divulgation des données à l'échelon très local. Nous devons trouver une façon de régler ce problème. Encore une fois, les ressources consacrées aux données locales sont inadéquates.

Pour conclure, permettez-moi d'aborder les problèmes entourant la recherche en santé publique. Le besoin criant est à l'égard du sous-financement qui touche la recherche sur les interventions en santé publique au pays, y compris, comme je l'ai déjà mentionné, pour les études coûts-avantages. Si vous regardez la façon dont l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, attribue actuellement son financement, vous verrez que le quatrième pilier — celui de la santé publique — est de loin le moins bien nanti. C'est une fraction de l'investissement qui est encore fait dans les sciences fondamentales et les sciences cliniques. Il faut augmenter le budget.

**Le président :** Je vous remercie tous et je prends l'initiative des questions. Il me semble que vous êtes tous en train de nous dire — et nous avons déjà entendu cela — ce qu'il nous faut, du point de vue des données, pour évaluer la santé publique et susciter le changement. Il faut un répertoire national des données. Il doit être adapté au contexte des collectivités; j'irais peut-être jusqu'à dire qu'il doit être communautaire. Vous prêchez aux convertis. Il y a un bon moment que nous croyons qu'il faut organiser cela à l'échelon communautaire.

Encore une fois, vous nous avez donné la litanie d'organismes exceptionnels qui traitent de données, par exemple Statistique Canada et l'ICIS pour sa nouvelle initiative, et tous les autres. Leurs représentants sont venus nous présenter leur témoignage au moins une fois, et plusieurs fois dans certains cas, et ils essaient d'être le plus serviables possible.

Il y a ici une question difficile que j'aimerais que vous envisagiez tous les quatre. Je crois énormément au pouvoir des réseaux, par opposition au contrôle descendant, car cela permet



work together. However, there must be some coordinating body or force. We have been searching for that for the last while, and that was in our *Issues and Options* paper. Who can do this? I asked Michael Wilson the last time he was here if Statistics Canada could do this. I asked CIHI if they could do it. CIHI seemed to be the most optimistic group with their population health initiative. Some people, such as John Frank, said, «I think you need a new umbrella organization.» I would hope we do not but maybe we do. There are so many good organizations out there. If we could get them harnessed, I hope they could do what they have to do.

Would each one of you try to address who you think could provide the leadership? Who could provide the coordination to get the ball rolling on this data initiative?

**Mr. Frojmovic:** I will reflect on some things I have said and heard.

What will not work at this point is that Statistics Canada is in a bit of a conflict because it is earning a living doing things the way it is doing things. That has been part of the problem. It could play that role if its livelihood was not dependent upon it, but that does not seem to be the case right now.

The issue with bringing in an organization like CIHI does not address this wall between the health sector and the non-health sector that also must be overcome. Both those entities, Statistics Canada and CIHI, would be integral to what we are talking about. Each of them, on its own, however, does not address that.

Perhaps Ms. Steenberg can talk about what is emerging. As you have said, there are thousands of flowers blooming out there but they are not talking to each other. There are attempts at the grassroots level to convene these networks. Maybe I will use that as an introduction to what Ms. Steenberg will talk about.

**Ms. Steenberg:** To answer the question, there are two parts to what you are talking about doing. One is an operational part, which is maintaining the data and ensuring it gets out and is accessible. The other is a strategic role, which concerns what data should be there, how it should be captured, what should be acquired and so on, namely all the strategic aspects of making that data available.

With regard to the operational part, it could be Statistics Canada or CIHI. They have the infrastructure to be able to do the operational part of it with the adequate funding.

With the strategic part of it, however, I would like to think there would be something that I like to call the «national round table on social data and infrastructure,» which would be something like the national round table on the economy and the environment. It would bring together Statistics Canada, CIHI

aux initiatives de croître et de se lier entre elles. Tout de même, il faut qu'il y ait une force quelconque de coordination, un organisme. Nous menons des recherches là-dessus depuis un certain temps; il en a été question dans notre dernière livraison d'*Enjeux et Options*. Qui peut s'en charger? J'ai demandé à Michael Wilson, la dernière fois où il est venu comparaître, si Statistique Canada pouvait le faire. J'ai demandé aux responsables de l'ICIS si ce dernier pouvait le faire. Grâce à son initiative sur la santé de la population, l'ICIS semblait former le groupe le plus optimiste. Certaines personnes, par exemple John Frank, ont dit : « Je crois qu'il faut un nouvel organisme-cadre. » J'aurais espéré le contraire, mais peut-être nous faut-il un tel organisme. Il y a un si grand nombre d'organismes de qualité. Si nous pouvions les mobiliser, j'aurais espoir qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire.

Chacun d'entre vous peut-il nous dire qui, selon lui, pourrait prendre la situation en main? Qui pourrait coordonner la tâche, lancer le projet en question sur les données?

**M. Frojmovic :** Je vais commenter certaines des questions dont j'ai parlé moi-même et dont j'ai entendu parler.

Ce qui empêcherait le projet de porter fruit en ce moment, c'est que Statistique Canada est aux prises avec un conflit : sa façon actuelle de procéder lui rapporte des fonds. Voilà où le problème a pu résider en partie. L'organisme pourrait jouer ce rôle-là si sa subsistance n'était pas en jeu, mais cette avenue lui semble interdite en ce moment.

Faire appel à un organisme comme l'ICIS ne permet pas d'abattre le mur qui existe entre le secteur de la santé et l'autre secteur. Les deux entités en question — Statistique Canada et l'ICIS feraient partie intégrante de ce dont nous parlons. Par contre, chacune d'entre elles, si elle est laissée à elle-même, ne peut remédier à ce problème.

Peut-être que Mme Steenberg peut parler de ce qui point à l'horizon. Comme vous avez pu le dire, les organismes fleurissent, mais chacun reste coi. Il y a des tentatives faites pour mettre ces éléments en réseau à la base. Voilà peut-être l'introduction que j'utiliserai pour parler du sujet que Mme Steenberg a abordé.

**Mme Steenberg :** Pour répondre à la question, le sujet que vous abordez comporte deux parties. Il y a d'abord la partie opérationnelle, qui consiste à entretenir les données et à s'assurer qu'elles circulent, qu'elles sont accessibles. L'autre partie renvoie à un rôle stratégique, qui vise à savoir quelles données il faudrait avoir, comment il faudrait les saisir, ce qu'il faudrait acquérir et ainsi de suite, autrement dit tous les aspects stratégiques envisagés pour rendre les données disponibles.

Quant à la partie opérationnelle, Statistique Canada ou l'ICIS pourrait s'en charger. Ils ont l'infrastructure nécessaire pour s'occuper de la partie opérationnelle du problème moyennant un financement adéquat.

Quant à la partie stratégique, par contre, j'aime penser qu'il y aurait un truc que j'appellerais pour moi-même la « table ronde nationale sur les données et l'infrastructure sociales », qui ressemblerait à la table ronde nationale sur l'économie et l'environnement. Cette table réunirait Statistique Canada, l'ICIS



and all the major stakeholders around the table who could make the decisions regarding the policy that would govern that resource. As for where it is housed and managed, it could go a number of places.

**Dr. Millar:** Was your question regarding local-level data in particular?

**The Chair:** It must have a local capability. In other words, if we cannot organize this initiative at the local level, it will fail because of the diversity of the country.

**Dr. Millar:** That is being done. I do not know if you have heard about it yet, but Newfoundland has had it in place for years. There is the community social accounts process.

**The Chair:** Believe me, we have heard about it in spades. We have Senator Cook and Senator Cochrane from Newfoundland.

**Dr. Millar:** That has been replicated in Nova Scotia and we are now doing the same thing in British Columbia. I do not have the details about those other provinces but in British Columbia, it is on a GIS, geographic information systems, platform and is supported by the premier.

We have all the so-called dirt ministry data. All the economic development data are on there. We are in the process of trying to move the social ministry data in there so we will have all of the health, income support, education data and so forth in there. It will have all of that stuff on there and, at the push of a button, you should be able to get whatever geography you want. The technology is there. That is being coordinated in British Columbia by a consortium led by BC Stats which we are involved in.

Certainly, it seems to be very doable at the provincial level. Given that many of the important databases we want in there are generated at the provincial level, that may be at least one answer to your question — namely, get it done at the provincial level and then, to some degree, you can roll it up nationally.

**The Chair:** I see Ms. Steenberg shaking her head.

**Ms. Slotek:** That is what I was getting at with my last recommendation. I would concur with Ms. Steenberg that we need to get people around the table and across the sector. That will inform what that might look like.

**Dr. Millar:** is right. It is happening, but it is not visible to all of us. If we put those people together across sectors, we could probably come up with an answer about where it needs to be vested.

**Dr. Millar:** is right. The strategic place and where it is vested is another matter. I am not so sure that Statistics Canada, given its significant role in data dissemination, can do the strategy development but it can develop the data that is required.

et tous les grands intervenants, qui pourraient alors prendre des décisions touchant la politique d'utilisation de la ressource en question. Quant à savoir où ce serait abrité et géré, il y a plusieurs choix possibles.

**Dr. Millar :** Votre question concernait-elle les données locales en particulier?

**Le président :** Il doit y avoir une capacité locale. Autrement dit, si nous n'arrivons pas à organiser ce projet à l'échelon local, il est condamné à l'échec, compte tenu de la diversité du pays.

**Dr. Millar :** Cela se fait déjà. Je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler, mais Terre-Neuve dirige un projet depuis des années. C'est le projet des comptes sociaux communautaires.

**Le président :** Croyez-moi, nous en avons entendu parler abondamment. Il y a le sénateur Cook et sénateur Cochrane qui nous viennent de Terre-Neuve.

**Dr. Millar :** L'expérience a été reproduite en Nouvelle-Écosse, et nous essayons maintenant la même chose en Colombie-Britannique. Je n'ai pas de précisions sur les autres provinces, mais, en Colombie-Britannique, ça tourne sur une plate-forme de SIG, de systèmes d'information géographiques, et le premier ministre a donné son appui.

Nous avons toutes les données provenant des ministères chargés des ressources naturelles. Toutes les données touchant le développement économique. Nous sommes en train d'y intégrer les données des ministères sociaux, de manière à regrouper l'ensemble des données sur la santé, le soutien du revenu, l'éducation et ainsi de suite. Tout cela s'y retrouvera et, en appuyant simplement sur un bouton, on devrait pouvoir obtenir le découpage géographique que l'on veut. La technologie existe. La coordination du projet en Colombie-Britannique est confiée à un regroupement dirigé par BC Stats où nous avons notre place.

Certes, ça semble tout à fait possible à l'échelle provinciale. Étant donné que nombre des bases de données importantes que nous souhaitons avoir sont générées à l'échelle provinciale, c'est là au moins une partie de la réponse à votre question — c'est-à-dire qu'on fait cela à l'échelon provincial puis, jusqu'à un certain point, on peut faire un cumul national.

**Le président :** Je vois Mme Steenberg qui fait signe de la tête...

**Mme Slotek :** C'est là où je voulais en venir avec ma dernière recommandation. Je suis d'accord avec Mme Steenberg : il nous faut des gens autour de la table, de tous les segments du secteur. C'est ce qui donnera forme au projet.

**M. Millar :** a raison. Ça se fait, mais nous ne le voyons pas tous. Si nous réunissons ces gens de l'ensemble des secteurs, nous arriverions probablement à une solution.

**Le Dr. Millar :** a raison. L'endroit stratégique est choisi, le lieu qui abrite la chose, c'est une autre question. Je ne suis pas sûre que Statistique Canada, étant donné le rôle important qui lui revient du point de vue de la diffusion des données, puisse prendre en charge la conception de la stratégie, mais l'organisme peut concevoir les données voulues.

The folks at community accounts in Newfoundland are part of our Canadian Index of Wellbeing network. If we had a community accounts in every province in Canada, it would give us some good best practices at that level to ramp up to a national level. It is brilliant and well developed. They have ironed out many of the kinks. It is worth looking at and considering.

**The Chair:** We are doing a site visit to look at it. It will definitely make its way into our report.

**Ms. Steenberg:** It is not so much that it should not happen at the provincial level. Alton Hollett's model is wonderful but it is not happening at the provincial level.

The second difficulty is that, when you get down to the neighbourhood level, that data cannot be released. Statistics Canada has data at that level under licence. It only allows free access to data down to CSD, census subdivision, level. These are census geographies. You have the following: A CMA, which is a census metropolitan area, a large municipal area; a census division, which is a city, a specific municipality within that area; and a census subdivision, which is smaller than a city but could be a county. You then get down to an area called a «census tract», which is, in some cases, as large as a neighbourhood but usually a bit larger. They tend to be stable geographies of about 50,000 persons; they are only available in the larger cities and you have subsequent smaller ones than that.

Statistics Canada makes some data available at the census tract level but if you are getting down to anything smaller than that, you must pay for it. It is under licence, and you can only share it with the people who share that licence with you.

Therefore, Alton Hollett's thing is fine but none of his communities are at the neighbourhood level. None of them are below the CSD level. That is one of the difficulties with that model. It is a wonderful model, but it will not serve the municipalities in the way that Mr. Frojmovic and I were speaking about.

**Mr. Frojmovic:** Things are happening in certain provinces, but if we are to wait for all 10 and the territories to come with a coherent system that we can all use locally, we will probably be waiting a long time.

We talked about the ability to use maps and start visualizing data at a neighbourhood or city-wide scale. It is a powerful and analytical tool. That kind of technology is accessible right now. You can have a single point of entry for the entire country where you can drill down to within a neighbourhood to a block, if you

Les gens du projet de comptes communautaires à Terre-Neuve font partie de notre réseau de l'indice canadien du mieux-être. S'il y avait des comptes communautaires dans chaque province du Canada, nous pourrions dégager des pratiques exemplaires de ce point de vue-là pour en arriver à l'échelle nationale. C'est brillant et c'est bien fait. Ils ont éliminé bon nombre des petits problèmes qui existent. Il vaut la peine d'envisager la chose.

**Le président :** Nous allons nous rendre sur place pour voir de quoi il retourne. Ça sera certainement un élément de notre rapport.

**Mme Steenberg :** Ce n'est pas tant que ça ne devrait pas se faire à l'échelle provinciale. Le modèle d'Alton Hollett est merveilleux, mais il n'est pas appliqué à l'échelle provinciale.

La deuxième difficulté réside dans le fait que les données ne peuvent être divulguées une fois qu'on est rendu à l'échelon du quartier. Statistique Canada dispose de données sous licence à cet échelon-là. Il est permis seulement de donner un libre accès aux données dont le but du découpage correspond à la SDR, la subdivision de recensement. Ce sont là les découpages géographiques du recensement. Voici : une RMR, c'est-à-dire une région métropolitaine de recensement, qui correspond à une grande zone municipale; un secteur de recensement, c'est-à-dire une ville, une municipalité particulière à l'intérieur de la zone en question; et une subdivision de recensement, qui est inférieure en taille à une ville, mais qui pourrait être un comté. Puis, il y a ce qu'on appelle un « secteur de recensement », c'est-à-dire, dans certains cas, une zone qui a la taille d'un quartier, mais qui est habituellement un peu plus grande. Cela a tendance à renvoyer à des découpages géographiques stables de zone comptant environ 50 000 personnes; il n'est possible de disposer de données à ce sujet que dans le cas des grandes villes. Puis, il y a plus petit encore après cela.

Statistique Canada rend disponibles certaines données à l'échelon du secteur de recensement, mais si vous voulez plus petit que cela, vous devez payer. Il faut une licence d'utilisation, et il est possible seulement d'échanger les informations avec ceux qui ont également la licence.

Le projet d'Alton Hollett est très bien, mais aucune de ces collectivités n'est de l'ordre du quartier. Aucune d'entre elles n'est inférieure en taille à la SDR. C'est une des difficultés que présente ce modèle. C'est un modèle merveilleux, mais il ne sera pas utile aux municipalités de la façon dont M. Frojmovic et moi en avons parlé.

**M. Frojmovic :** Il y a des choses qui se font dans certaines provinces, mais s'il faut attendre que les dix provinces et les territoires en arrivent à un système cohérent que nous pouvons tous utiliser localement, nous en avons probablement pour un bail.

Il a été question de la possibilité de recourir à des cartes et de commencer à visualiser des données à l'échelle du quartier ou de la ville entière. C'est un outil d'analyse puissant. La technologie qu'il faut à cet égard est d'ores et déjà accessible. Vous pouvez disposer d'un point d'entrée unique pour l'ensemble du pays qui.

want, with the data that comes out of the census. The census data exists and is available.

The Senate could acquire the entire geography for all of Canada, all the census data right down to the block level, put it into a mapping tool, which would not cost you much, and you would be able to sit on an incredibly powerful repository of data.

Moreover, if you could go to the 10 provinces, you could get their health data coming out of hospital admissions data: Why am I coming into the hospital, when am I being discharged, why am I being discharged? You have my postal code and street address and you can map that. Taking those two sets — namely, health data out of each of the 10 provinces and the census — and putting them into a single mapping portal, any one organization in Canada has the capability to build an incredibly powerful analytical tool tomorrow.

The issue is not about whether we have the technology and some of the tools. They are all there. We need someone to take the lead to force those together. That is all that is needed — namely, get the organizations to sit around the table and use the mapping and the health and social data. It is all there but it is a matter of someone taking the lead to pull it all together.

**The Chair:** We have only one hour left. I must stop here because the other senators want to interface with you.

Can CIHI do it? Can CIHI take the lead, namely, the population health initiative?

**Ms. Steenberg:** Yes, if it is prepared to pull around the table. It does not matter who does it as long as they have around the table the people who need to be there, which are the data users and providers.

**The Chair:** And expand what they are doing into the social services area?

**Ms. Steenberg:** That is right.

**The Chair:** Thank you.

Our next question will come from Senator Eggleton. For those of you who do not know, Senator Eggleton was mayor of Toronto for quite a long time. He never did get a tunnel built between the Royal York and the airport.

**Senator Eggleton:** You found that out last night, did you?

en mode descendant, vous permet d'aller jusqu'au quartier et même jusqu'aux pâtés de maisons, si vous le voulez, avec les données qui proviennent du recensement à ce sujet. Les données du recensement existent; elles sont disponibles.

Le Sénat pourrait se porter acquéreur du découpage géographique entier du Canada, de toutes les données de recensement jusqu'aux pâtés de maisons, intégrer cela à un outil de visualisation cartographique, qui ne vous coûterait pas cher, et vous seriez alors assis sur un répertoire de données d'une incroyable puissance.

Par ailleurs, si vous vous adressez aux dix provinces, vous pouvez obtenir leurs données sur la santé à partir des données sur les admissions dans les hôpitaux : pourquoi est-ce que je me rends à l'hôpital? À quel moment me donne-t-on congé? Pourquoi me donne-t-on congé? Vous avez mon code postal et mon adresse civique, et vous pouvez visualiser cela. Prenez les deux séries de données — c'est-à-dire les données sur la santé de chacune des dix provinces et les données du recensement — et intégrez-les à un seul et unique portail de visualisation : n'importe quel organisme au Canada dispose d'ores et déjà de la capacité de se donner un outil d'analyse d'une incroyable puissance demain matin.

Il ne s'agit pas de savoir si nous disposons de la technologie et de certains des outils de travail. Tout est là. Il faut que quelqu'un prenne le dossier en main pour faire converger les éléments. C'est tout ce qu'il faut — c'est-à-dire que des organismes se réunissent autour d'une table et utilisent la visualisation des cartes et les données sur la santé et données sociales. Tout est là, mais il faut que quelqu'un prenne les rênes de la situation et mette tous les ingrédients ensemble.

**Le président :** Il ne nous reste qu'une heure. Je dois m'arrêter là parce que les autres sénateurs veulent traiter avec vous.

Est-ce que l'ICIS peut le faire? L'ICIS peut-il prendre la situation en main, c'est-à-dire l'initiative sur la santé de la population?

**Mme Steenberg :** Oui, s'il est prêt à jouer un rôle rassembleur. Peu importe qui est chargé de la tâche, car il y a autour de la table les gens qu'il faut, c'est-à-dire les fournisseurs et les utilisateurs de données.

**Le président :** Et à étendre ces activités au secteur des services sociaux?

**Mme Steenberg :** Oui.

**Le président :** Merci.

La prochaine question nous vient du sénateur Eggleton. Pour ceux d'entre vous qui ne le savent pas, le sénateur Eggleton a été maire de Toronto pendant très longtemps. Par contre, il n'a jamais réussi à faire construire un tunnel entre le Royal York et l'aéroport.

**Le sénateur Eggleton :** Vous avez découvert cela hier soir, n'est-ce pas?



**The Chair:** He is the chairman of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. He is also doing a parallel study to ours on the cities. We frequently cross over into each other's hearings because we have so much in common.

**Senator Eggleton:** Thank you.

I want to explore a couple of things a bit more here. When we talk about data, Statistics Canada gets most of the attention and discussion. Dr. Millar, you said there are other sources but the problem is that there are barriers. How do we remove the barriers? How do we begin to deal with that?

**Dr. Millar:** That is a great question. People have been talking about that for some time. There is this tension between the public's drive for protecting their privacy and the system's need for access to the data.

When I was at CIHI, we had repeated conversations with Statistics Canada, with CIHR, Canadian Institutes of Health Research, and others about what the solution was. One was to first of all get an inventory. The inventory has been done, at least around health databases. We have an inventory.

The next step was always to somehow promote some public dialogue across the country so that people could understand what they were losing by that balance between if there is too much emphasis on privacy and not enough emphasis on access. That public dialogue has never taken place, and I believe that is something which may be needed to get some public support for loosening up these data.

**Senator Eggleton:** Mr. Frojmovic, I am interested in what you are doing for the Federation of Canadian Municipalities. You have been doing it now for 12 years and you have 22 municipalities. I note some of them are regional and some are local, which means they do not all necessarily have the same interests in terms of their jurisdictions. Maybe you can talk about how you overcome that.

However, I wonder what results you have produced for your clients. You have 22 municipalities signed up to this. What have you been able to produce in terms of outcomes dealing with the social determinants of health?

**Mr. Frojmovic:** In terms of outcomes, what the project is trying to do is twofold. There are two users and one is the Federation of Canadian Municipalities itself and how it interacts with the federal government and tries to convey clearly messages around certain needs, whether it is infrastructure or homelessness or housing, and being able to rely on empirical data.

Clearly, around that use, having access to data that gives you trends from 1991 to 2006, now for half of the population that has been effective. In terms of the outcomes, I guess that is a measure

**Le président :** Il est président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Il effectue une étude parallèle à la nôtre, sur les villes. Nous allons souvent prendre part aux audiences de l'autre, moi et lui, étant donné que nous avons tant de choses en commun.

**Le sénateur Eggleton :** Merci.

Je veux explorer un peu quelques questions. Lorsque nous parlons de données, Statistique Canada reçoit la plus grande part de l'attention. La discussion porte sur cet organisme. Docteur Millar, vous dites qu'il existe d'autres sources de données, mais le problème, ce sont les obstacles. Comment pouvons-nous éliminer les obstacles? Par quoi commencer?

**M. Millar :** Voilà une excellente question. Les gens discutent de cela depuis un certain temps déjà. Il y a une tension entre le mouvement chez le public en faveur de la protection de sa vie privée et le besoin pour le système d'accéder aux données.

À l'époque où j'étais à l'ICIS, nous avons eu des discussions répétées avec Statistique Canada, avec les IRSC, les instituts de recherche en santé du Canada, et d'autres organismes à la recherche d'une solution. Une solution consistait à se donner, d'abord et avant tout, un répertoire. Or, le répertoire est chose faite, du moins pour les bases de données sur la santé. Nous avons un répertoire.

L'étape suivante consistait toujours à susciter d'une façon ou d'une autre au dialogue public dans l'ensemble du pays, de sorte que les gens puissent comprendre ce qu'ils perdaient du fait d'un dosage mal équilibré : d'une part, une trop grande insistance sur la vie privée et, d'autre part, une accessibilité négligée. Le dialogue public en question n'a jamais eu lieu, et il faudra peut-être que ça se fasse pour que le grand public se rallie à l'idée d'ouvrir l'accès à ces données.

**Le sénateur Eggleton :** Monsieur Frojmovic, votre travail pour la Fédération canadienne des municipalités m'intéresse. Vous y êtes depuis 12 ans maintenant, et vous comptez 22 municipalités qui participent au projet. Je note que certaines d'entre elles sont régionales et d'autres, locales, ce qui veut dire qu'elles n'ont pas forcément les mêmes intérêts. Vous pourriez lui dire ce que vous faites pour surmonter cet obstacle.

Tout de même, je me demande quels sont les résultats que vous avez obtenus au profit de vos clients. Vous avez 22 municipalités qui ont décidé d'adhérer au projet. Quels sont les résultats que vous êtes parvenu à produire en rapport avec les déterminants sociaux de la santé?

**M. Frojmovic :** Pour ce qui est des résultats, le projet comporte deux buts. Il y a deux utilisateurs, dont la Fédération canadienne des municipalités elles-mêmes, et il faut tenir compte de son interaction avec le gouvernement fédéral et essayer de véhiculer des messages clairs à propos des besoins qui existent, qu'il s'agisse d'infrastructure ou d'itinérance ou de logement, et il faut pouvoir compter sur des données empiriques.

Indubitablement, le fait d'avoir accès aux données vous permet de dégager les tendances pour la période qui s'est écoulée entre 1991 et 2006, travail qui s'est révélé efficace pour ce qui est de la

of how effective FCM has been in working with the federal government to accomplish those objectives. The other user would be those 22 municipalities, and it is a mix of municipal types.

For those who are familiar with the world of municipal government, there are cities like Vancouver, which is half a million people but operating in a Greater Vancouver Area, which is substantially larger. You have regional municipalities like Niagara, which actually is responsible for 12 lower-tier municipalities. They do have different interests, but their interests converge around the fact that they do represent relatively local sub-provincial needs. Their use of these data, other than simply encouraging FCM to represent their own interests, is simply to bring it in-house.

I have had anecdotes from municipal staff saying we are able to talk to our councillors about homelessness in a way that was based on these actual numbers, both for their own community but also putting their community in the context of all these other cities. When the Halifax regional municipality council is hearing about what is going on in Halifax and then comparing that to places like Calgary or Edmonton or Hamilton, the reaction, I was told, was quite different from the usual stories about homelessness.

The example of homelessness is interesting because there is a federal government initiative to measure homelessness by looking at emergency shelters across the country and collecting data. It is called homeless individuals and families information system, HIFIS.

It has been struggling to work with these thousands of shelters to collect administrative data. What FCM does is work with municipal governments that have a working relationship with a lot of the shelters and have a reporting relationship with them, and are able to report at a relatively simple level of what is going on in the emergency shelter system for that community.

The outcome is trying to understand in empirical terms what is actually occurring at a municipal level when a lot of the data out there is not talking about municipal government. They are talking about CMA or a province. It has been helpful at that level. It is one of the tangible products. Annually, there was some kind of thematic report. There have been five to date over the last four years. The most recent one was on housing and homelessness. These reports try to pull out the key issues and trends that affect urban municipal governments, and compare each to what is going on within that community of urban municipal governments and also how it compares to the rest of Canada. The next one planned for release in the fall will deal with immigration.

moitié de la population. Du point de vue des résultats, j'imagine qu'il faut savoir dans quelle mesure la FCM a su travailler efficacement avec le gouvernement fédéral à accomplir ces objectifs-là. L'autre utilisateur, ce sont les 22 municipalités, et il y en a plusieurs types.

Pour ceux parmi vous qui connaissent bien le monde des municipalités, il y a des villes comme Vancouver, qui comptent un demi-million d'habitants, mais qui évoluent dans le Grand Vancouver, qui est nettement plus vaste. Il y a des municipalités régionales comme Niagara, qui regroupent en fait 12 municipalités de moindre envergure. Certes, elles présentent des intérêts divergents, mais leurs intérêts convergent autour du fait qu'elles présentent des besoins infraprovinciaux relativement locaux. L'utilisation qu'elles font de ces données, outre le fait de simplement encourager la FCM à défendre leurs intérêts, c'est simplement de les intégrer.

Il y a des employés municipaux qui m'ont raconté qu'ils sont en mesure de discuter avec leurs conseillers de la question de l'itinérance en faisant référence à ces données-là, à la fois pour leur collectivité à eux, mais aussi pour situer leur collectivité par rapport aux autres villes en question. Lorsque le conseil de la municipalité régionale d'Halifax entend dire ce qui se passe à Halifax puis compare cela à ce qui se produit à Calgary ou à Edmonton ou encore à Hamilton, la réaction, m'a-t-on dit, diffère nettement de celle que suscitent habituellement les histoires d'itinérance.

La question de l'itinérance représente un exemple intéressant, étant donné qu'il y a une nouvelle initiative fédérale visant à déterminer l'ampleur de l'itinérance en regardant les refuges qui existent partout au pays et en réunissant des données. C'est le système d'information sur les personnes et les familles sans abri, le SISA.

Les responsables du système se débattent avec la tâche de réunir les données administratives voulues auprès de ces milliers de refuges. La FCM, quant à elle, travaille auprès des administrations municipales qui collaborent avec bon nombre des refuges en question et ont droit à des comptes de leur part, et sont en mesure de signaler dans un contexte relativement simple ce qui se passe dans le réseau des refuges pour la collectivité en question.

Le résultat, c'est d'essayer de comprendre en termes empiriques ce qui se passe vraiment à l'échelle municipale dans la mesure où les données existantes évoquent rarement les administrations municipales. C'est d'une RMR ou d'une province qu'il est question. Cela s'est révélé utile de se point de vue-là. C'est un des produits concrets. Tous les ans, il y a une sorte de rapport thématique qui est produit. Il y en a eu cinq jusqu'à maintenant, au cours des quatre dernières années. Le plus récent porte sur la question du logement et de l'itinérance. Les rapports en question visent à relever les questions et les tendances principales qui touchent les administrations municipales en milieu urbain et à établir des comparaisons entre ce qui se fait dans le milieu des municipalités urbaines et le reste du Canada. Le prochain rapport, qui doit être publié à l'automne, portera sur l'immigration.

To answer your question, it just brings some empirical evidence to otherwise fuzzy discussions and enlightens council in some cases, and offers the Federation of Canadian Municipalities some data to work with their federal government counterparts.

**Senator Eggleton:** You would bring Statistics Canada data in, but you would also bring in data that you get from the municipalities.

**Mr. Frojmovic:** Right.

**Senator Eggleton:** You have a rather unique blend in doing your studies.

**Mr. Frojmovic:** Yes. We are relying on, in this case, an on-line municipal data collection tool as we call it, and the challenge is, because municipalities collect data in 10 different provinces, they are each mandated to do different things. They will define any number of things wildly differently. We have to work with the lowest common denominator, in effect. Using the recreation example, in Regina, if you want to understand how much it costs a family of four to get access to municipal recreation facilities for a year, some cities do not have one-year memberships, others do. Some have access to all facilities. Others have access only to swimming pools. You have to come up with a common denominator for measuring quality of life or determinants of health for that matter. That is whether it is recreation or homelessness or a wide suite of things.

**Senator Eggleton:** Do you look at neighbourhoods, too?

**Mr. Frojmovic:** The Federation of Canadian Municipalities does not, but we have had ample discussion going with the CSDS about how straightforward it would be in many cases to roll out the same indicators at the neighbourhood level using maps, of course. The capacity is there. Many individual municipalities do independently of this project, Toronto being on of them. Toronto is a wonderful partner.

**Senator Eggleton:** When you are looking at poverty, housing and homelessness, those kinds of issues, I think that is helpful.

**Senator Cochrane:** I do not know if I have a question, but we have heard a lot about collecting data and not enough data, and Statistics Canada's problem and so on. There must be a solution. We know we have problems coordinating everything but, Michel, maybe you do have the solution. Would you elaborate more on what you were saying about this solution in regards to consultation with municipalities, with provinces, with the feds, whatever?

Pour répondre à votre question, il s'agit simplement d'alimenter en données empiriques des discussions qui seraient autrement floues et d'éclairer le conseil sur certains cas relevés, et d'offrir à la Fédération canadienne des municipalités certaines données qu'elle peut mettre à contribution en collaborant avec ses homologues au gouvernement fédéral.

**Le sénateur Eggleton :** Vous intégreriez les données de Statistique Canada, mais aussi les données que vous obtenez des municipalités.

**M. Frojmovic :** C'est cela.

**Le sénateur Eggleton :** Vos études font voir une combinaison plutôt unique.

**M. Frojmovic :** Oui. Dans le cas qui nous occupe, nous utilisons un outil de collecte de données municipales en direct, c'est comme ça que nous l'appelons, et la difficulté réside dans le fait que les municipalités ont chacune pour mandat quelque chose de différent, étant donné qu'elles rassemblent des données dans dix provinces différentes. Il y a toutes sortes de choses qu'elles définiront de façon radicalement différente d'un cas à l'autre. De fait, nous devons travailler à partir du plus faible dénominateur commun. Pour prendre l'exemple des loisirs, à Regina, si vous voulez savoir ce qu'il en coûte à une famille de quatre personnes d'avoir accès aux installations municipales prévues pour les loisirs pendant une année, il faut savoir d'abord que certaines villes n'offrent pas la possibilité d'adhérer aux services de loisirs pendant un an. D'autres le font. Dans certains cas, les gens ont accès à toutes les installations. Dans d'autres, c'est seulement l'accès aux piscines qui est accordé. Vous devez alors trouver un dénominateur commun pour mesurer la qualité de vie ou les déterminants de la santé, si vous voulez. Cela s'applique, qu'il s'agisse de loisirs ou d'itinérance, d'une panoplie de mesures.

**Le sénateur Eggleton :** Regardez-vous aussi les quartiers?

**M. Frojmovic :** La Fédération canadienne des municipalités ne se penche pas sur les quartiers, mais nous avons déjà amplement discuté de la question avec les responsables de la SACASS : il serait simple, dans de nombreux cas, d'appliquer les mêmes indicateurs à l'échelon du quartier au moyen de cartes de visualisation, bien entendu. Les moyens de le faire existent. De nombreuses municipalités le font indépendamment du projet dont il est question, y compris Toronto. Toronto est un merveilleux partenaire.

**Le sénateur Eggleton :** Lorsqu'on étudie la pauvreté, le logement et l'itinérance, les questions de ce genre, je crois que c'est utile.

**Le sénateur Cochrane :** Je ne sais pas si j'ai une question à poser, mais nous avons beaucoup entendu parler de collecte de données et d'insuffisance des données, du problème de Statistique Canada et ainsi de suite. Il doit bien y avoir une solution. Nous savons que la coordination des tâches pose des difficultés, mais, Michel, peut-être avez-vous bien la solution. Pouvez-vous nous donner des précisions sur ce que vous disiez à propos de cette solution en ce qui concerne la consultation des municipalités, des provinces, de l'administration fédérale, et je ne sais quoi encore?



**Mr. Frojmovic:** I am glad you think I have the solution.

We talk regularly about these issues. The point I was making was that the technologies for things like producing a map showing every single neighbourhood in Canada, are terribly accessible. They are not expensive. You can grab any student off the street and they will know exactly how to use it if they come out of a geography department. The data needed to put into those mapping tools are collected religiously by organizations like Statistics Canada every five years. We have health data collected daily. There are all sorts of systems in place among regional health authorities across the country and among provincial ministries of health about how those should be collected.

The data is out there, the tools to analyze the data are out there as well, but clearly it is not all coming together. Issues of cost are one, issues of privacy would be another, and there are simply issues of trying to break down silos.

The one limitation of bringing in an organization like CIHI for those on the social side of things is that CIHI has not been designed to communicate with us on that side of the fence. They would need an entity to push them along. At that level, the federal government plays that kind of a role. I do not have the answer but so many of the tools and systems are out there waiting to be used.

**Senator Cochrane:** Could Statistics Canada do that?

**Mr. Frojmovic:** Not on its own. It could not play the lead role in the current configuration of things.

**Senator Cochrane:** I know where you are coming from. It is a government department.

**Mr. Frojmovic:** It is not because it is a government department.

**Senator Cochrane:** No, but some may think so. There are restrictions on employees with government and so on, but someone must take the bull by the horns and do it.

**Mr. Frojmovic:** It will not do that. It is not designed, at this point, to take that bull by the horns.

**Senator Cochrane:** Does anyone have another suggestion?

**Dr. Millar:** In reality, in our lifetimes we will probably never collect population health data at the local level in areas in which we are vitally interested, such as how many people are smoking, whether people are getting enough exercise, and information about their nutrition, weight, BMI, body mass index, et cetera. That data is hard to get. We rely on surveys for that and survey technology is demanding. To get accurate data down to very small geographies is getting increasingly more difficult, because you must phone people or visit them to talk to them. People just use

**M. Frojmovic :** Je suis heureux de savoir que vous croyez que j'ai la solution.

Nous discutons régulièrement de ces questions-là. Ce que je voulais faire valoir, c'est que les techniques nécessaires pour faire certaines choses, produire une carte où figure chacun des quartiers au Canada, sont terriblement accessibles. Elles ne sont pas coûteuses. N'importe quel étudiant que vous irez chercher dans la rue sait exactement comment s'en servir s'il a étudié dans un département de géographie. Les organismes — par exemple Statistique Canada, tous les cinq ans — recueillent religieusement les données nécessaires à ces outils de visualisation. Les données sur la santé sont recueillies quotidiennement. Il y a toutes sortes de systèmes en place au sein des administrations régionales de la santé dans tout le pays et au sein des ministères provinciaux de la santé si vous voulez savoir comment il faudrait réunir ces données-là.

Les données existent, les outils d'analyse des données existent aussi, mais il est clair que l'ensemble ne prend pas forme. Il y a des problèmes en ce qui concerne les coûts, des problèmes touchant la protection des renseignements personnels aussi, et, de même, il faut simplement essayer d'abattre les silos.

La limite que comporte l'entrée en scène d'une organisation comme l'ICIS, pour ceux qui s'intéressent aux affaires sociales, c'est que l'ICIS n'est pas conçu pour communiquer avec nous de ce côté-là de la clôture. Il faudrait une entité pour le guider. A cette échelle-là, le gouvernement fédéral joue un rôle de ce genre. Je n'ai pas la réponse à la question, mais il y a tant d'outils et de systèmes qui existent, qui attendent d'être utilisés.

**Le sénateur Cochrane :** Est-ce que Statistique Canada pourrait se charger de cette tâche-là?

**M. Frojmovic :** Pas à lui seul. Il ne pourrait tenir lieu de premier responsable, dans l'état actuel des choses.

**Le sénateur Cochrane :** Je vois où vous voulez en venir. C'est un organisme gouvernemental.

**M. Frojmovic :** Ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un organisme gouvernemental.

**Le sénateur Cochrane :** Non, mais certains auront peut-être cette idée. Les employés au gouvernement sont soumis à des restrictions, par exemple, mais quelqu'un doit prendre le taureau par les cornes et agir.

**M. Frojmovic :** Statistique Canada ne fera pas cela. Dans l'état actuel des choses, il n'est pas équipé pour prendre le taureau par les cornes.

**Le sénateur Cochrane :** Avez-vous une autre proposition?

**M. Millar :** En réalité, de notre vivant, nous n'allons probablement jamais recueillir des données sur la santé à l'échelon local en rapport avec les questions qui nous intéressent au plus haut point : combien de gens fument? Est-ce que les gens font suffisamment d'exercice? Qu'en est-il de la nutrition, du poids, de l'IMC, l'indice de masse corporelle et ainsi de suite? Il est difficile d'obtenir ces données-là. Nous nous fions à des enquêtes pour cela. Or, la technologie des enquêtes est exigeante. Obtenir des données exactes sur des zones géographiques de très

cell phones now and those numbers are not in data banks. Many people do not answer the phone or will not participate in a survey anymore.

We are at a point of acknowledging that, for survey-type data, we will probably not get much below a local health authority level, which is a rather large geography. There are some realistic constraints on how much data you can get in certain areas.

**Ms. Steenberg:** I would like to make three points in response to Senator Eggleton's question and in response to your question, Senator Cochrane.

The first question is why it is not being done. We know the data exists. There are a couple of reasons. One is a technical issue of compatibility. Since everyone is collecting in their own way and they are not talking to each other, the data simply is not comparable across jurisdictions. They are collecting the same data, but they may be doing it slightly differently, so you simply cannot consolidate. That is a practical issue and is not the most difficult in and of itself.

The second issue is ownership, and this applies not only to the community and research sector but also within government departments. Indicators are big business right now. Everyone has indicators. They are a hot topic. Everyone's budget depends on having an indicator project and they are not all that keen on sharing.

CIHI is currently developing its portal. HRSDC, Human Resources and Social Development Canada, is developing a similar portal. Neither of them currently has anyone from the community on their development team or their committee. We know the committees exist and we have suggested it is important that they have input. However, that is the reality.

Another rich source of data is administrative data, to which Dr. Millar and others have alluded. The Canada Revenue Agency, CRA, has an amazing amount of data that can be disaggregated down to the household. They have all sorts of data about where you work and what you do.

I believe you have spoken to Michael Wolfson from Statistics Canada who said StatsCan could function as the Swiss bank of that kind of data. They could do the organizing, rationalizing and all of that. They cannot take the lead for reasons that Michel has suggested.

Finally, I will go back to data at the neighbourhood level. Part of the problem is that we do not understand the data sources in the same way. You have the census data that allows you to do

petites tailles devient de plus en plus difficile, étant donné qu'il faut téléphoner aux gens ou leur rendre visite pour leur parler. Les gens aujourd'hui utilisent simplement un téléphone cellulaire dont le numéro ne figure pas dans les banques de données. Les gens sont nombreux à ne pas répondre au téléphone ou à ne pas vouloir participer à une enquête.

Nous en sommes au point où il faut reconnaître que, pour les données du type que l'on obtient grâce à une enquête, nous n'allons probablement pas pouvoir aller en deçà de la zone de l'administration locale de la santé, qui est plutôt vaste. La quantité de données qu'il est possible d'obtenir dans certains cas est soumise à des contraintes bien réelles.

**Mme Steenberg :** J'aimerais dire trois choses en réaction à la question du sénateur Eggleton et en réaction à votre question à vous, sénateur Cochrane.

La première question vise à savoir pourquoi ces choses-là ne se font pas. Nous savons que les données existent. Il y a quelques raisons à cela. Il y a une question technique, celle de la compatibilité. Comme chacun réunit des données à sa façon et que les gens ne se parlent pas entre eux, les données ne sont tout simplement pas comparables d'un territoire à l'autre. Les gens réunissent les mêmes données, mais ils le font peut-être un peu différemment, de sorte qu'on ne peut simplement procéder à une consolidation. Voilà la question pratique, qui n'est pas en elle-même la plus difficile à résoudre.

La deuxième question, c'est celle de la propriété, et cela s'applique non seulement à la collectivité et au secteur de la recherche, mais aussi aux organismes gouvernementaux. Les indicateurs font foi de tout en ce moment. Tout le monde a ses indicateurs. Ils ont la cote. Le budget de chacun dépend d'un projet d'indicateur. Les gens ne sont pas chauds à l'idée de partager à ce sujet.

L'ICIS travaille en ce moment à son portail. RHDSC, Ressources humaines et développement social Canada, est à concevoir un portail semblable. Ni l'un ni l'autre ne compte actuellement au sein de son comité ou de son équipe de concepteurs, quelqu'un qui provient de la collectivité elle-même. Nous savons que ces comités-là existent et nous avons donné à entendre qu'il importe que les gens de la collectivité aient leur mot à dire. Quoi qu'il en soit, c'est comme cela.

C'est riche aussi du côté des données administratives, ce à quoi le Dr Millar et d'autres ont fait allusion. L'Agence du revenu du Canada, l'ARC, possède une quantité incroyable de données qu'il est possible de segmenter, jusqu'au ménage. Elle possède toutes sortes de données qui nous disent où vous travaillez et ce que vous faites.

Je crois que vous avez parlé à Michael Wolfson, de Statistique Canada, qui a dit que son organisme pourrait tenir lieu de banque suisse pour ce genre de données-là. Il pourrait l'organiser, le rationaliser, tout cela. Cependant, il ne peut mener la charge pour les raisons que Michel a évoquées.

Enfin, je vais revenir à la question des données à l'échelon du quartier. Le problème réside en partie dans le fait que nous ne comprenons pas les sources de données de la même façon. Il y a

demographic profiles down to the neighbourhood level. At the same time, Ontario has recently put in place a large educational database that has data on students down to the individual student level, and the progress of every student is marked in that new database, which is still coming online, and will have all the characteristics of that student's development and progress.

You can take that, which is obviously disaggregateable to the neighbourhood level, look at your neighbourhood profile, look at the school performance of children at different age groups, and see how they correlate. Are there issues? Do similar types of profiles produce similar types of school readiness and school performance? We know that is what the early development index tool is doing. It is trying to measure school readiness and compare that with neighbourhood effects.

As I think we have all said, the data is out there. There are all sorts of people who could do it. It just needs the political will, and the political will has been lacking to stand up and say that we must have a national data strategy that gives every department and every government a place to hang its data initiatives, and to say that this is what it will have to do.

**Ms. Slotek:** We have spent a lot of time emphasizing what is not there by way of data. We are also saying there is a myriad of data. One might ask: So what? Why would you keep doing it? Ultimately, you have to move away from the data and think about national goals and what the end game is. Do we care about poverty? If we do, we set some goals and outcomes around what we do about it, and then set a course to gather the data.

Through the consortium, we have been talking about being strategic about what we ask for. It cannot be a wish list. We could have 25 different indicators we want to look at but, at the end of the day, we need to get together around a cross-sectoral round table to determine what the end game is, why we are gathering the information, and what tangible benchmarks are there to meet goals and objectives. The data informs that so that we can produce solutions.

You have to step away from the data first and then think about overall national goals. Without those overall national goals and objectives, we do not really have an end game. We do not have a sense of direction or a sense of vision.

That is disturbing at many levels. Canadians get this. You say in your *Issues and Options* paper that people do not understand social determinants of health. They do understand social determinants of health. They may not know where to get the data, but they can tell you in lay language what they think, and

les données du recensement, qui permettent d'établir un profil démographique, jusqu'à l'échelon du quartier. En même temps, l'Ontario a mis en place une grande base de données éducatives qui renferme des informations sur les étudiants jusqu'au niveau individuel. La progression de tous les étudiants figure maintenant dans cette nouvelle base de données, qui est encore à être mise en place et qui présentera toutes les caractéristiques du développement et de la progression de l'étudiant en question.

Vous pouvez prendre ces données-là qu'il est évidemment possible de ventiler jusqu'à l'échelon du quartier, regarder ce à quoi ressemble le profil de votre quartier, regarder le rendement des étudiants à l'école selon le groupe d'âge et établir des corrélations. Y a-t-il des questions qu'il faut creuser? Est-ce que des profils semblables débouchent sur un état de préparation semblable aux études et à un rendement semblable à l'école même? Nous savons ce qu'accomplit l'indice de développement précoce. Il s'agit de mesurer l'état de préparation aux études et de regarder les effets de voisinage aux fins d'une comparaison.

Comme je crois l'avoir déjà dit, les données existent. Il y a toutes sortes de gens qui pourraient se charger de la tâche. Il faut seulement qu'il y ait une volonté politique, et c'est la volonté politique qui a manqué jusqu'à maintenant, la volonté de se lever et d'affirmer qu'il nous faut une stratégie nationale relative aux données qui servira de pierre de touche aux projets de données de chaque ministère et de chaque administration gouvernementale, et d'affirmer : c'est cela qu'il nous faut.

**Mme Slotek :** Nous avons passé beaucoup de temps à souligner ce qui n'existe pas du côté des données. Nous disons également qu'il existe une myriade de données. On peut se poser la question : et puis après? Pourquoi continuer? À un moment donné, il faut s'éloigner des données et réfléchir à des objectifs nationaux et aux buts ultimes de l'affaire. Nous soucions-nous du fait qu'il y ait de la pauvreté? Si c'est le cas, il faut établir des buts et des résultats à atteindre en rapport avec les mesures envisagées, puis s'aligner sur la collecte de données qui s'imposent.

Par le truchement du consortium, nous avons discuté des demandes que nous voulons présenter d'un point de vue stratégique. Il ne faut pas faire une liste d'épicerie. Il y a 25 indicateurs différents que nous pourrions envisager, mais, à un moment donné, nous devons nous réunir à une table ronde intersectorielle pour déterminer quel est le but ultime de l'affaire, pourquoi nous rassemblons des informations et quels sont les repères concrets qui nous permettraient d'atteindre les buts et les objectifs fixés. Les données viennent éclairer le chemin pour que nous puissions concevoir des solutions.

Il faut d'abord prendre ses distances des données, puis réfléchir à des objectifs nationaux d'ordre général. En l'absence de buts et d'objectifs nationaux d'ordre général, nous n'avons pas vraiment de but ultime. Il n'y a pas d'orientation, de vision sur laquelle nous pouvons vous guider.

Cela est troublant sous plusieurs aspects. Les Canadiens comprennent cela. Vous dites dans votre document — *Enjeux et options* — que les gens ne comprennent pas ce que sont les déterminants sociaux de la santé. Au contraire, ils comprennent bien ce que sont les déterminants sociaux de la santé. Ils ne savent



they do talk about vision. They talk about national goals and national objectives and about cross-sectoral engagement because they are doing it in their local communities. They see it as a best practice that can be done horizontally and vertically in Canada. It is possible.

**Mr. Frojmovic:** On the notion of a solution, there is a great one although you will make a lot of enemies implementing it.

We are sitting on reams of data and the technology is accessible. Local community associations or residents' associations could set up a little portal in whatever office they are using and could have access to all the data and mapping tools they need.

As an example, in the U.S., banks were mandated to invest in local community development. Banks were not particularly keen to do that and they were not doing it prior, but they had access to lots of assets and were mandated to do that. Forcing organizations to make data available would certainly free up some data sets.

There is one other set of data I have been curious about but have not pursued. You mentioned the difficulty of looking at smoking patterns at a microscopic neighbourhood level. I imagine that the tobacco industry, with their data, might have the best handle on who is smoking where in Canada. Banks and insurance companies know a lot of stuff about what is happening with social determinants of health at a neighbourhood level, or perhaps lower.

There is no incentive in place for any private institution to make data available to those who need it. They have their mandates. They do what they are required to do with their shareholders and other constituents, but a mandate would be required for sharing. You could mandate the provincial authorities, the national government departments and the private sector entities, all of which have data, to report on the social determinants of health at the local level. You could empower a network of 10,000 community associations to look at what is going on in their neighbourhoods and to harass their city councillors, MPPs and MPs to do something about it. It is all doable, but it does require a mandated direction, a requirement to go forth and share.

**The Chair:** Thank you. I do not want to distract you from the subject, but I want to talk about the idea of getting the private sector turned on about the cost of not doing something about the social determinants of health.

In other words, the private sector has to deal with unhealthy employees who are costing them a lot of money and so forth because they are not productive.

peut-être pas où aller chercher les données, mais ils peuvent vous dire en termes simples ce qu'ils pensent, et ils parlent bel et bien de vision. Ils parlent de buts nationaux et d'objectifs nationaux et d'engagements intersectoriels, et il est donné que c'est ce qu'ils font déjà au sein de leur collectivité locale. Ils y voient une pratique exemplaire à laquelle il est possible de recourir horizontalement et verticalement au Canada. Cela est possible.

**M. Frojmovic :** À propos de la notion de solution, il en existe une qui est excellente, mais vous allez vous créer beaucoup d'ennemis à la mettre en place.

Nous sommes assis sur des trésors de données, et la technologie pour les exploiter est accessible. Les associations de résidents ou associations communautaires locales pourraient se donner un petit portail là où se trouvent leurs locaux. Ils pourraient avoir accès à toutes les données et à tous les outils de visualisation qu'il leur faut.

À titre d'exemple, aux États-Unis, les banques ont pour mandat d'investir dans le développement communautaire local. Les banques n'étaient pas particulièrement chaudes à l'idée. C'est le genre d'investissements qu'elles ne faisaient pas avant, mais elles ont eu accès à toutes sortes d'outils et ont reçu pour mandat de faire cela. Le fait de forcer les organisations à mettre des données à la disposition des gens libérerait certainement certaines séries de données.

Il y a une autre série de données qui piquent ma curiosité depuis un certain temps, mais je n'ai pas approfondi la question. Vous avez parlé de la difficulté que l'on éprouve si on souhaite dégager les tendances de tabagisme à l'échelon microscopique du quartier. J'imagine que l'industrie du tabac, avec les données dont elle dispose, serait la mieux choisie pour déterminer qui fume quoi au Canada. Les banques et les compagnies d'assurances en savent beaucoup sur ce qui se passe en rapport avec les déterminants sociaux de la santé à l'échelon du quartier et peut-être de zones de plus petite taille encore.

Aucun établissement privé n'est incité de quelque façon que ce soit à mettre ces données à la disposition de ceux qui en auraient besoin. Ils ont leur mandat. Ils font ce qu'il faut au nom de leurs actionnaires et autres commettants, mais il faudrait un mandat pour qu'il y ait échange de données. On pourrait donner pour mandat aux autorités provinciales, aux ministères nationaux et aux entités du secteur privé, qui possèdent tous des données, de faire rapport sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelon local. On pourrait créer un réseau de 10 000 associations communautaires qui surveilleraient ce qui se passe dans leurs quartiers et qui harceleraient les conseillers municipaux et les députés tant provinciaux et fédéraux pour qu'ils agissent. Tout cela est faisable, mais il faudrait établir l'orientation par mandat, en faire une exigence : allez et multipliez les échanges.

**Le président :** Merci. Je ne veux pas vous éloigner du sujet, mais je voudrais parler de l'idée de faire comprendre au secteur privé ce que cela coûte de ne rien faire à propos des déterminants sociaux de la santé.

Autrement dit, le secteur privé doit composer avec des employés en mauvaise santé qui leur coûtent beaucoup d'argent et ainsi de suite, parce qu'ils ne sont pas productifs.

I do not want to lead you astray. Maybe we can get you back another day and you can think about that.

**Mr. Frojmovic:** I wake up in the middle of the night worrying about these things.

**Senator Trenholme Counsell:** Thank you for a stimulating presentation. I will ask about early childhood development. I always underline where it is mentioned, and it is certainly mentioned frequently in these presentations.

Since I raised my hand, a number of concepts have come up — national round table, national data strategy and national goals. Each one of those rang strongly in my ear. Those are good things. I will not ask about those, but I think it is important that you have raised what I call key national features of what is necessary in terms of data and population health.

Often, we think we can look to another country as an example from which we can learn, perhaps visit, and model ourselves after. I do not think I heard today about a country that is perhaps doing a lot better than Canada — maybe nobody is.

I wondered about that, whether there are outstanding examples of the management and coordination of data and putting it to use. To me, it is all about putting data into action. It is no good unless you put the data into action at all levels. I will ask you to comment on what I have said.

I worked in public health for six years altogether — three in New Brunswick and three in Ontario. I have quite a good understanding of how public health works. Public health and population health are really the same.

You are talking a lot about getting this national data from the census data and other measurements down to individual communities. There is merit in that but I think you need leadership at your federal and provincial levels, and then mayors and councils and so on will identify how they can put this into use. I was thinking about local medical officers of health and public health nurses and social workers and so on in this context, because really they are the people who do it.

Toronto probably was quite different under His Worship's leadership. Really, I know what town and city councils have to deal with. A lot of this really comes down to your medical health officers, public health nurses, social workers and all these wonderful people.

I thought that probably, rather than putting this right down at a community level in terms of action, you have to have the federal and then the provincial governments recognizing that

Je ne veux pas vous écartier du chemin tracé. Peut-être pouvons-nous vous inviter à nouveau. Entre-temps, vous pourriez y réfléchir.

**M. Frojmovic :** Je me réveille au milieu de la nuit pour m'inquiéter de ces choses-là.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Merci d'avoir présenté un exposé stimulant. Je vais poser des questions sur le développement de la petite enfance. Je souligne toujours les cas où c'est mentionné. C'est certainement mentionné souvent dans les exposés que nous avons entendus.

Depuis que j'ai levé la main, il y a un certain nombre de concepts qui ont été soulevés — table ronde nationale, stratégie nationale relative aux données et buts nationaux. Chacun d'entre eux me touche, mais vraiment. Ce sont de bonnes choses. Je ne poserai pas de questions à leur sujet, mais je crois qu'il importe que vous ayez soulevé ce que je qualifie de caractéristiques nationales clés, ce qui est nécessaire en fait de données et de santé de la population.

Souvent, nous croyons pouvoir aller chercher des enseignements dans un autre pays, peut-être en s'y rendant, et en faire un modèle. Je ne crois pas avoir entendu parler aujourd'hui d'un pays qui s'en tirerait peut-être mieux que le Canada sur ce point — peut-être qu'il n'y en a pas.

Je me posais la question. Y a-t-il des exemples exceptionnels de gestion et de coordination des données, de mise à contribution des données? À mes yeux, l'essentiel de tout cela, c'est de passer des données aux actes. Ça n'est pas utile si les données ne viennent pas appuyer une action concrète à tous les niveaux. Je vous demanderais de vous prononcer sur ce que j'ai dit.

J'ai travaillé en santé publique pendant six ans, en tout — trois au Nouveau-Brunswick et trois en Ontario. Je possède une assez bonne connaissance des rouages de la santé publique. La santé publique et la santé des populations, en vérité, c'est la même chose.

Vous avez beaucoup parlé de l'idée de créer ces données nationales à partir des données du recensement et d'autres mesures, jusqu'à l'échelon des collectivités particulières. L'idée du mérite, mais je crois que vous avez besoin de leadership à l'échelle fédérale et à l'échelle des provinces, puis les maires et les conseillers municipaux, entre autres, détermineront en quoi ils peuvent utiliser les données en question. Je réfléchissais au travail des médecins hygiénistes et infirmières en santé publique et travailleurs sociaux et ainsi de suite dans le contexte, étant donné que ce sont vraiment eux qui s'occupent de cette affaire-là.

C'était probablement très différent à Toronto sous le règne de Son Honneur. Non, mais vraiment, je sais ce avec quoi les villes et les conseillers municipaux doivent se débattre. Pour une grande part, tout cela nous ramène au travail de nos médecins hygiénistes, de nos infirmières en santé publique, de nos travailleurs sociaux et de tous ces gens merveilleux.

Il m'est apparu que, probablement, plutôt que de situer cela à l'échelon communautaire tout à fait, quant aux mesures envisagées, il faut que le gouvernement fédéral et puis ensuite

communities would be encouraged to do certain things, take up certain measures. I saw it more as a federal and provincial responsibility involving the structures I have mentioned.

I do not know whether there is any question in all of that, but perhaps you would comment.

**Ms. Steenberg:** If I understood part of what you were saying, it had to do with the significance of the needs of regional officers of health for these kinds of data.

**Senator Trenholme Counsell:** Yes.

**Ms. Steenberg:** As Ms. Slotek and Mr. Frojmovic mentioned, there are a number of networks out there, such as social data user networks or social health data networks, and they are all starting to come together. There is a network called the urban public health network. I am sure you are familiar with this. It is led by Dr. Cory Neudorf, who I think is chair of one of the Public Health Agency of Canada councils.

This urban public health network is doing exactly that. It is a network of regional medical officers of health. They are doing two things — encouraging the production, acquisition and dissemination of more data at the local level, and they are also trying to produce some core indicators around tracking public health. Social determinants of health and public health, as you say, are the same thing.

That network does exist, and certainly we are all working to the same ends. I am sure if Dr. Neudorf were here he would be saying many of the things we are.

As we were talking prior to getting our presentations ready, one of the people on our call was Dr. David Strong, who is part of Cory Neudorf's network. He works at the Calgary Health Region. He was helpful in terms of informing our discussions and in bringing forward some of those issues to you. I just wanted to say we are conscious of that and try to work together.

You asked whether there is another country. One country that has done a great deal to make local data available at the neighbourhood level is the United Kingdom. They have, over the last 10 years, significantly changed how their national statistics agency produced, disseminated and organized data. They have a huge amount of data available down to the neighbourhood level.

That was an exercise of political will, in part because they had the strategy coming out of the Prime Minister's office, but also because there was pressure from the community, academics and researchers to make that data available. It was the convergence from the bottom and the top that has significantly changed. It might be a model that you would want to look at, although we recognize it is a unitary government and not a federal government.

celui des provinces reconnaissent que les collectivités devraient être encouragées à agir de certaines façons, à adopter certaines mesures. À mes yeux, c'était davantage une question de responsabilité fédérale et provinciale qui met en jeu les structures que j'ai mentionnées.

Je ne sais pas s'il y avait une question dans tout cela, mais vous pourriez peut-être commenter.

**Mme Steenberg :** Si j'ai bien compris une partie de ce que vous avez dit, il y a que les agents régionaux de la santé ont vraiment besoin de ce genre de données.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Oui.

**Mme Steenberg :** Comme Mme Slotek et M. Frojmovic l'ont signalé, il existe plusieurs réseaux, par exemple les réseaux d'utilisateurs de données sociales ou les réseaux de données sociales sur la santé, qui commencent à converger. Il y a un réseau baptisé réseau canadien pour la santé urbaine. Vous le connaissez bien, j'ai suis certaine. Il est dirigé par le Dr Cory Neudorf, qui est, je crois, président de l'un des conseils de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce réseau canadien de la santé urbaine accomplit justement ce que nous disions. C'est un réseau de médecins hygiénistes des régions. Il accomplit deux choses : il encourage la production, l'acquisition et la diffusion d'un nombre accru de données à l'échelon local et il essaie en même temps de produire certains indicateurs fondamentaux destinés à servir à la surveillance dans le domaine de la santé publique. Les déterminants sociaux de la santé et la santé publique, comme vous le dites, c'est la même chose.

Ce réseau-là existe et, certes, nous travaillons tous en vue d'atteindre le même but. Si le Dr Neudorf était là, ses propos ressembleraient souvent à ceux que nous tenons, j'en suis certaine.

Lorsque nous discutons au moment de préparer nos exposés, l'un des participants à la téléconférence était le Dr David Strong, qui fait partie du réseau de Cory Neudorf. Il travaille à la région sanitaire de Calgary. Il nous a aidés en éclairant nos discussions et en cernant certaines des questions que nous sommes venus soulever ici. Je tenais simplement à dire que nous sommes conscients de cela et que nous essayons de travailler ensemble.

Vous avez demandé s'il y a un autre pays vers lequel nous nous tournons. Il y a un pays qui a beaucoup travaillé à rendre les données locales disponibles à l'échelon du quartier, soit le Royaume-Uni. Depuis dix ans, on y a modifié sensiblement la façon dont l'agence nationale de la statistique produit, diffuse et organise les données. On y trouve un véritable foisonnement de données jusqu'à l'échelon du quartier.

Cela a tenu à une volonté politique, en partie du fait que la stratégie provenait du cabinet du premier ministre, mais aussi du fait que le milieu universitaire, les savants et les chercheurs ont fait des pressions pour qu'on rende les données disponibles. C'est la convergence issue du sommet et de la base en même temps qui a produit son effet. C'était un changement important. Voilà un modèle que vous allez peut-être vouloir étudier, même si nous reconnaissons qu'il est l'affaire d'un gouvernement unitaire et non pas d'un gouvernement fédéral.



**Ms. Slotek:** The other example internationally would be New Zealand. I cite it because they started with an obligation under legislation to do a report card. There was a political will, a national obligation to share information about moving towards well-being or away from well-being. They focused predominantly on looking at indicators around poverty and disparity, again legislated with report cards expected on an annual basis.

**Mr. Frojmovic:** I will give a third example of a country, which is the United States. I will contrast the U.S. and the U.K. The U.K. took a centralized top-down model where they made local data available. The deputy prime minister's office was a repository of all this information. The treasurer was behind it. At the most senior level of the country, there was a call to arms: We need to have data that is relevant locally. That was all centralized, made very accessible and relevant at a local level.

The U.S., maybe in some ways, is the inverse where data is much freer in Canada. What you see in the U.S. is this proliferation of community-based groups who get access to data and are making data available at a neighbourhood level.

It is a bit of a hodgepodge. Some neighbourhood networks do it better than others, but in the U.S., the trigger seems to be you can get access to data that is much cheaper. If you want to do one thing, just data coming out of the census for example, we will cover that. That will be the Government of Canada. We will foot the bill. You will see a thousand flowers blooming, at that point, in a dramatic way. It will be expensive, but will be the single most significant thing that could be done. The U.S. and the U.K. are two very different models. Both have the effect of making locally relevant data available and accessible.

In relation to federal-provincial and sub-provincial responsibilities, you mentioned the need to strategize. The homelessness sector has relied increasingly on municipal governments to coordinate at a local level a range of organizations to come up with a strategy. What are the priorities in our community? What is important and how do we move forward?

Provincial and federal governments have a role to respond to, but in terms of setting priorities and understanding local realities, it is municipal governments coordinating local groups. The same can be said for health priorities, whether it is regional health authorities or municipal governments setting the priorities in terms of how we move forward.

**Mme Slotek :** L'autre exemple serait celui de la Nouvelle-Zélande. Je le cite parce que les Néo-Zélandais ont commencé par adopter une loi pour obliger les responsables à produire une sorte de bulletin. Il y avait une volonté politique en faveur du projet, une obligation nationale d'échanger des informations pour que l'on sache si le pays s'approchait ou s'éloignait du bien-être. Les Néo-Zélandais se sont attachés d'abord et avant tout à des indicateurs de pauvreté et de disparité, encore une fois sous la coupe d'une loi prévoyant que des bulletins devaient être produits tous les ans.

**M. Frojmovic :** Je vais donner un troisième exemple de pays, le pays en question étant les États-Unis. Je vais évoquer le contraste qu'il y a entre les États-Unis et le Royaume-Uni. Le Royaume-Uni a adopté un modèle descendant centralisé qui lui a permis de rendre les données locales disponibles. Le cabinet du vice-premier ministre tient lieu de répertoire à toute cette information. Le trésorier a appuyé le projet. Dans les plus hautes sphères gouvernementales, il y a eu un appel à la mobilisation : il nous faut des données qui sont pertinentes à l'échelon local. Tout cela a été centralisé, rendu très accessible et très pertinent à l'échelon local.

Les États-Unis, à certains égards peut-être, représentent le cas inverse dans le sens où les données y sont beaucoup plus libres qu'au Canada. Ce que l'on voit aux États-Unis, c'est une prolifération des groupes communautaires qui réussissent à accéder à des données et qui rendent les données disponibles à l'échelon du quartier.

C'est assez variable. Certains réseaux de voisinage s'en tirent mieux que d'autres, mais, aux États-Unis, l'élément déclencheur semble être le fait que l'on puisse accéder à des données en payant beaucoup moins cher. Si vous voulez vous en tenir à un facteur, en ne retenant que les données du recensement, par exemple, nous nous en chargerons. C'est le gouvernement du Canada qui s'en occupera. Nous allons payer la note. Vous verrez que tout se mettra à fleurir, à un moment donné, de façon spectaculaire. Ce sera coûteux, mais ce sera la chose la plus importante qui puisse être faite. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont adopté deux modèles très différents. Les deux ont pour effet de rendre disponibles et accessibles des données localement pertinentes.

Quant aux responsabilités fédérales-provinciales et sous-provinciales, vous avez dit qu'il nous faut établir une stratégie. Le secteur de la lutte contre l'itinérance compte de plus en plus sur les administrations municipales pour coordonner localement le travail de toute une série d'organismes, pour qu'ils puissent en arriver à une stratégie. Quelles sont les priorités au sein de notre collectivité à nous? Qu'est-ce qui est important et comment procéder pour progresser?

Le gouvernement fédéral et celui des provinces a un rôle à jouer, mais, lorsqu'il s'agit d'établir des priorités et de comprendre des réalités locales, ce sont les administrations municipales qui coordonnent le travail des groupes locaux. On peut en dire autant des priorités en matière de santé, qu'il s'agisse d'administrations régionales de la santé ou d'administrations municipales qui nous donnent un ordre de priorité pour avancer.

Those priorities then are often implemented provincially and federally. However, to set those priorities, you need access to locally relevant data, which brings us back to the issue of how to get access to that data. There is clearly a role for local-level institutions, whether it is health authorities or municipal governments, in pulling together local consortia to come up with strategies and priorities.

Again, if the data was made free tomorrow, all sorts of tools are available to bring about analysis at a local level.

One level is just expensive. There are other issues, too, besides cost — that is, the census. There are issues of access to administrative health data and to the private sector administrative data, but clearly there is the issue of cost.

If you went to the U.K. and the U.S., there are two different perspectives. They both offer good models.

**Dr. Millar:** The theme that emerges is political will.

In regard to your question about local health officers and so forth, to tell you a little bit about how it has worked in British Columbia, we recognized this problem of local data access four or five years ago. We have formally constituted a coalition of health officers, but working with those from other sectors such as education, agriculture and the Union of British Columbia Municipalities. We have a large coalition of people who get together provincially, which has led to this capacity where we now have to recreate something like the Newfoundland community accounts process.

The mechanism is a coalition. It happens that that coincided with the premier's desire to get more local-level data as well. It started with economic data but then added in the social data. Where his political will came from I do not know, but it was important in driving that process.

Certainly, from what I know about Newfoundland, it was again because of the social contract there, and similarly in Nova Scotia. Playing that up to the federal level, I would imagine that what will work best would be CIHI playing with others: Statistics Canada, CIHR and some of the other major NGOs, non-governmental organizations, at the federal level that could come together and, hopefully, generate or hold hands with whatever political will comes out of it.

**Senator Brown:** I want to ask a question of Dr. Millar.

You may already be doing this, but I wanted to see if it could be expanded. Why do the names and addresses not disappear and become a code, numbers? Depending on how long a binary code you want, you should be able to assign numbers for gender, race,

À ce moment-là, les priorités en question, souvent, sont mises en œuvre à l'échelle provinciale et fédérale. Tout de même, pour fixer ces priorités, il faut avoir accès à des données localement pertinentes, ce qui nous ramène à la question de savoir comment accéder à ces données-là. Il y a clairement un rôle à jouer du côté des établissements locaux, qu'il s'agisse d'administrations de la santé ou d'administrations municipales, quand vient le temps de réunir des éléments locaux pour en arriver à des stratégies et à des priorités.

Encore une fois, si les données étaient libérées demain, il existe toutes sortes d'outils qui permettraient de procéder à une analyse au niveau local.

Un seul niveau, ça devient très coûteux. Il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu aussi, outre le coût — c'est-à-dire le recensement. Il y a les problèmes d'accès aux données administratives sur la santé et aux données administratives du secteur privé, mais, clairement, le coût pose un problème.

Si vous allez au Royaume-Uni et aux États-Unis, vous verrez qu'il y a là deux perspectives différentes. Les deux modèles proposés sont bons.

**Dr Millar :** Le thème qui s'impose est celui de la volonté politique.

Quant à votre question au sujet des agents de santé locaux, pour expliquer un peu comment les choses se sont déroulées en Colombie-Britannique, disons que nous avons reconnu que l'accès aux données locales poserait un problème il y a quatre ou cinq ans. Nous avons créé une coalition d'agents de santé en bonne et due forme, mais en faisant appel à ceux qui oeuvrent dans d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, notamment la Union of British Columbia Municipalities. Il y a une grande coalition qui se réunit au sein de la province et qui est à l'origine de cette capacité et, aujourd'hui, nous en sommes à recréer les comptes communautaires comme il y en a à Terre-Neuve.

Le mécanisme est une coalition. Ce mouvement-là a coïncidé avec la volonté du premier ministre d'accéder à de plus amples données locales aussi. C'était d'abord des données économiques, puis, il y a eu les données sociales qui ont été ajoutées. Je ne sais pas d'où est venue cette volonté politique, mais elle s'est révélée importante pour animer le mouvement.

Certes, si je me fie à ce que je sais de Terre-Neuve, c'est encore une fois le contrat social qui explique la chose, et c'est pareil en Nouvelle-Écosse. Dans l'optique fédérale, j'imagine que la meilleure idée serait que l'ICIS collabore avec d'autres organismes : Statistique Canada, les IRSC et certaines des principales ONG, organisations non gouvernementales, à l'échelle fédérale pourraient se réunir et, espérons-le, créer quelque chose ou se tenir par la main du fait de la volonté politique qui les anime, quelle qu'elle soit.

**Le sénateur Brown :** Je veux poser une question au Dr Millar.

Vous êtes peut-être déjà engagé dans cette voie, mais je voulais savoir s'il serait possible d'élargir la chose. Pourquoi les adresses et les noms ne disparaissent-ils pas au profit d'un code, de chiffres? Selon la longueur du code que vous voulez en mode

age, income, address and keep all the personal data, in terms of name at least, and anything else you want to keep out of the public realm. You could then ask that legislation be passed that would have the Canada Revenue Agency and any other agency, whether it is the health agency or whatever, assign the code to their own information but allow you to have the template with the numbers, but without the personal name and address attached to them.

You could then go from agency to agency. Legislation could even require them to provide that coded information. You might need a quantum computer by the time you got through it, but you would have it from every source imaginable, whether from health organizations, hospitals, insurance companies, the CRA and so on. If they were all required to use their own code and just give you the information with numbers instead of names or addresses, it seems like you could have a wealth of information, and at no cost, other than putting it in your own program.

**Dr. Millar:** You are probably correct that there are technological solutions to getting around some of the concerns about identifiable data. As an example, most government departments will not release any data that has a six-digit or maybe even a three-digit postal code in it. Even if you stripped everything else off, the concern is that with that minimal amount of information, there might be so few people that if one person in that small jurisdiction turned out to be HIV-positive or something, then everyone would know who it was. That is the kind of tricky balance that must be achieved here.

Having said that, there are technological ways of stripping off all the identifiers in a secure environment so that you can link that up with other databases. There are ways of doing it, but it is often labour-intensive for government departments to do this kind of work and create those databases, so it often does not get done.

**Senator Brown:** You used the example of postal codes. What about giving a code for the postal code and having the agency involved design the code so that they are the only ones who can actually access the template from their own information? You then have a double protection there because you have them protecting their own information. At the same time, they are giving you everything except the identification of the one person with HIV in the small village or whatever. That is what I was getting at, that there be codes for codes.

**Dr. Millar:** You are correct. That can be done. Again, the way the system is currently set up, you tend to create one linked database and it is for a particular purpose, one research project, and others cannot then access it. There are some challenges there.

binaire, vous devriez être en mesure d'attribuer des chiffres pour le sexe, la race, l'âge, le revenu, l'adresse, et de protéger les données personnelles, du moins, le nom, et tout autre élément d'information que vous souhaitez exclure du domaine public. Vous pourriez alors demander qu'une loi soit adoptée pour que l'Agence du revenu du Canada ou tout autre organisme, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans un autre, codifie ses propres informations et vous remette la fiche avec les codes, sans l'adresse ou le nom de la personne.

Vous pourriez alors vous adresser à un organisme quelconque. Une loi pourrait même contraindre l'organisme à vous fournir les informations codées. Il vous faudra peut-être un ordinateur quantique pour passer au travers, mais vous auriez des données provenant de toutes les sources imaginables : les organismes du domaine de la santé, les hôpitaux, les compagnies d'assurance, l'ARC et ainsi de suite. S'ils devaient tous utiliser leur propre code et vous donner seulement les informations chiffrées plutôt que les noms et les adresses, il semble que vous auriez là un trésor d'information, sans avoir à engager de coût autre que celui qu'il faut pour intégrer les données à votre propre programme.

**M. Millar :** Vous avez probablement raison de dire qu'il existe des solutions techniques pour contourner certains des problèmes relevés à propos des données identifiables. Par exemple, la plupart des ministères ne divulguent pas de données qui révèlent les six chiffres du code postal et peut-être même trois d'entre eux. Même si on enlève tout le reste, certains craignent que l'information minimale qui reste se rapporte peut-être à un nombre si faible de personnes que si l'une d'entre elles, dans la petite zone ainsi circonscrite, se trouvait à être séropositive ou je ne sais quoi encore, tout le monde saurait de qui il s'agit. Il y a sur ce point un équilibre délicat qu'il faut parvenir à atteindre.

Cela dit, il existe des moyens techniques d'éliminer tous les éléments d'identification dans un environnement sécurisé, de manière à pouvoir établir le lien voulu avec d'autres bases de données. Il y a des façons de procéder, mais il faut souvent beaucoup de main-d'œuvre aux ministères pour faire faire ce travail et faire créer ces bases de données-là, de sorte que, souvent, ça ne se fait pas.

**Le sénateur Brown :** Vous avez cité en exemple les codes postaux. Pourquoi ne pas établir un code qui se rapporte au code postal et faire que l'organisme participe à la conception du code en question, pour qu'il soit le seul qui puisse vraiment accéder à la fiche à partir de ses propres informations? Il y a alors une double protection, car les responsables protègent leurs propres informations. En même temps, ils vous remettent toutes les données sauf les éléments d'identification qui permettraient de savoir qui est séropositif dans un petit village ou je ne sais où. C'est là où je voulais en venir, au fait qu'il pourrait y avoir un code pour les codes.

**M. Millar :** Vous avez vu juste. Cela peut se faire. Encore une fois, de la façon dont le système est actuellement organisé, on a tendance à créer une base de données couplée qui se rapporte à une fin particulière, à un projet de recherche donné, mais les autres ne peuvent y accéder. Cela soulève des problèmes.



**Senator Brown:** I understand what you are saying in terms of the challenge. I agree that certainly there would be a challenge. However, if each agency was able to preserve its own information with anything except what you need — which I understand would be gender, maybe race, income — addresses would disappear and everything that could be identified with an individual, or even in that particular area of a province, would disappear. They would maintain that for themselves — even the insurance companies, which are always running charts on age, health and everything they can possibly get their hands on.

It would seem that, if there were enough codes in there, the insurance company could be guaranteed that their information would not be personalized and would not be able to be tracked back to individuals, then you would have the information but they would be protected.

The same thing is true for the Canada Revenue Agency. They are required by law to keep certain things private. However, if there are enough codes in there, there is no way to access it because the agency itself puts the codes on. All you would get is the information and access to that information. If there was a code for your information, then it could not be traced back.

**Dr. Millar:** To give you a real example of the problem here, something like what you describe has been done at the University of British Columbia. They have created a big database that links all of the ministry of health databases. They do exactly what you describe, namely, strip off the individual identifiers. Then the information is made available, but it is made available to the University of British Columbia researchers.

If there is someone like myself in a health authority who wants to obtain that data on a linked basis for, say, quality improvement in the health care system or to understand a local population health issue, we cannot gain access to the data because that whole process has been created and is owned by the university, and they put priority on their research needs. What is more, they take a long time to create that database and get it up to speed. If we have a real time problem in population health, their data is usually three years old so it does not tell us anything useful. Do you get the sense of the problem here?

**Senator Brown:** Yes.

**Dr. Millar:** We have a big job ahead of us. It is not insoluble.

**Senator Brown:** I understand the complexity of it. Legislation that protects the Canada Revenue Agency information could be designed to give people like you the right to access it because it is in the national interest. Each agency could be required by law to provide you with the information, coded in a manner in which you can only use a certain part of it and never be able to get the

**Le sénateur Brown :** Je comprends ce que vous dites pour ce qui est du problème à régler. Je suis d'accord avec vous : il y aurait certainement un problème à régler. Tout de même, si l'organisme pouvait présenter ses propres informations sauf les éléments qu'il vous faut — qui, d'après ce que je vois, seraient le sexe, peut-être la race, le revenu — l'adresse disparaîtrait, et tout élément permettant d'identifier une personne ou même une zone particulière d'une province disparaîtrait. Il garderait cela pour lui — même les compagnies d'assurances, qui n'ont de cesse de créer des tableaux à propos de l'âge, de la santé et de toute autre information sur laquelle elles arrivent à mettre la main...

S'il y a suffisamment de codes, il semble qu'il serait possible de garantir à la compagnie d'assurances que son information ne serait pas « personnalisée », qu'il ne serait pas possible de remonter la filière et d'identifier la personne, alors on aurait l'information, mais celle-ci serait protégée.

Le même raisonnement vaut pour l'Agence du revenu du Canada. La loi oblige l'Agence à garder certains renseignements privés. Par contre, s'il y a suffisamment de codes, il ne serait pas possible d'accéder aux renseignements personnels, étant donné que c'est l'Agence elle-même qui choisit les codes. On obtiendrait simplement l'information précise dont il est question, on aurait accès à cette information-là. S'il y avait un code pour votre information, il ne serait pas possible alors de remonter la filière.

**Dr. Millar :** Pour vous donner un exemple concret de ce problème, l'Université de la Colombie-Britannique a réalisé un projet qui s'apparente à ce que vous avez décrit. Elle a créé une grande base de données qui relie toutes les bases de données du ministère de la Santé. On fait exactement ce que vous disiez, c'est-à-dire qu'on élimine les éléments d'identification. Puis, la formation devient accessible, mais elle devient accessible aux chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique.

Si jamais une personne comme moi-même, dans une administration de la santé, souhaite obtenir les données grâce à un raccordement, disons pour améliorer la qualité du système de soins de santé ou pour comprendre un problème de santé qui touche la population locale, elle ne pourra accéder aux données, compte tenu du fait que c'est l'université qui a créé le processus et qui en est le propriétaire en titre, et elle accorde la priorité à ses besoins en recherche. De plus, il faut beaucoup de temps pour créer cette base de données-là et la rendre fonctionnelle. S'il y a un problème immédiat qui est relevé du point de vue de la santé de la population, ces données-là ont habituellement trois ans, de sorte qu'elles ne nous disent rien d'utile. Comprenez-vous un peu le problème qu'il y a?

**Le sénateur Brown :** Oui.

**Dr. Millar :** Nous avons tout un travail devant nous. Ce n'est pas un problème insoluble.

**Le sénateur Brown :** Je saisis la complexité de la chose. La loi qui protège les renseignements à l'Agence du revenu du Canada pourrait être conçue pour donner à des gens comme vous le droit d'y accéder, étant donné que c'est dans l'intérêt national. De par la loi, chaque organisme pourrait être tenu de vous fournir l'information, sous une forme codée, de sorte que vous pouvez

names of the individuals or where they live, or whatever else they need to have isolated out of the database that they have. The legislation could actually require that.

**Dr. Millar:** As Mr. Frojmovic was saying, we need legislation to encourage people to do that kind of sharing.

**Senator Brown:** That was the legislation I was thinking about.

**Mr. Frojmovic:** To reinforce that point — any time you ask anyone who works with data whether they can do something for you, it is labour intensive. For a small request, you will literally spend days and days if you do not have a mandate to do that, unless you really like the person and do him a favour, which often happens. Municipalities will often turn to universities and quietly gain access to data they are not allowed access to, and report on it. It is the underground data economy, which is very healthy.

There is an incredible inefficiency going on about probably thousands of organizations working with the exact same tables doing all sorts of wonderful work. However, if you created a nice, streamlined system of data access, you would throw tons of students out of work. There are a lot of people earning a living doing the same things across the country. There will be a lot of resistance to doing that. It is like turning a messy highway that has thousands and thousands of vehicles and tons of taxis going to the airport into a train system. Someone says, «We will offer you one neat train system to the airport.» The whole taxi system will freak out.

We want the UBC data. All that work should be available to the whole country. It should not be stuck in one university. How do we address that? You do not have to convince anyone if you are mandating that it be shared, but the resistance you get is that there is a whole raft of people creating an industry, both legal and illegal, around this whole inefficient data business. However, it is doable. You can have efficiencies.

**Ms. Steenberg:** I will second the underground data.

**Ms. Slotek:** Notwithstanding the problems that Dr. Millar and Mr. Frojmovic addressed, when you get people around a table there is a great potential to get to that bottom line about what the strategies are and a beginning point of how to share data. If people are not talking to each other, they are not likely to take a look. The whole issue of ownership should be addressed. Who owns it? We never ask that question but it should be asked. Everyone owns it. There is a way to get that dialogue going if we get the people around the table to have that conversation.

seulement n'utiliser qu'une partie et que jamais vous ne pourriez identifier la personne ou déterminer où elle habite ou établir quelque autre information qu'on a exclue. La loi pourrait exiger cela.

**Dr. Millar :** Comme le disait M. Frojmovic, il nous faut une loi pour encourager les gens à procéder à ce genre d'échange.

**Le sénateur Brown :** C'était la loi que j'envisageais.

**M. Frojmovic :** Et encore : chaque fois que vous demandez à quelqu'un qui s'occupe de données de faire quelque chose pour vous, cela exige de la main-d'œuvre. Pour une demande qui est sans grande envergure, vous allez littéralement passer des jours et des jours à essayer de trouver, et si vous n'êtes pas mandaté pour le faire, à moins de bien aimer la personne qui fait la demande et de lui rendre service, ce qui arrive souvent, ce n'est pas possible. Les municipalités se tournent souvent vers les universités et, sans faire de bruit, obtiennent l'accès à des données qu'elles ne sont pas censées pouvoir obtenir, et elles s'en servent. C'est l'économie souterraine des données, qui se porte très bien.

Il y a là un manque d'efficacité qui est incroyable — ce sont probablement des milliers d'organismes qui utilisent les mêmes tableaux et qui effectuent toutes sortes de travaux extraordinaires. Cependant, si on prévoyait un accès aux données, quelque chose de simple et de beau, il y a d'innombrables étudiants qui n'auraient plus de travail. Il y a bien des gens qui gagnent leur pain à faire le même travail d'un endroit à l'autre au pays. L'idée se heurte à une grande résistance. C'est comme transformer une autoroute encombrée de milliers et de milliers de véhicules et de taxis à destination de l'aéroport en un chemin de fer. Quelqu'un dit : « Nous allons organiser un bon système de transport par train à destination de l'aéroport. » C'est tout le monde du taxi qui perdra les pédales.

Nous voulons accéder aux données de l'Université de la Colombie-Britannique. Le travail fait de ce côté devrait être accessible au pays entier. Les données ne devraient pas rester prises dans une seule université. Comment régler ce problème-là? Vous n'avez à convaincre personne si vous rendez obligatoire l'échange des renseignements, mais il y a une résistance qui vient du fait qu'il y ait toutes sortes de gens qui créent une industrie, légale et illégale, autour de l'inefficacité du monde des données. Par contre, cela est faisable. On peut avoir des gains en efficience.

**Mme Steenberg :** J'appuie ce qu'on a dit à propos de l'économie souterraine des données.

**Mme Slotek :** Quoi qu'il en soit des problèmes évoqués par Dr. Millar et M. Frojmovic, quand on réunit des gens autour d'une table, le potentiel est grand : on peut en arriver à dire, au fond, quelles sont les stratégies à adopter et quel est le point de départ pour l'échange des données. Si les gens ne se parlent pas, il est peu probable qu'ils y jettent un coup d'œil. Il faut se pencher sur la question de la propriété. Qui est propriétaire des données? Nous ne posons jamais cette question-là, mais il faut la poser. Tout le monde en est propriétaire. Il y a une façon de lancer ce dialogue-là. Il faut réunir les gens autour de la table pour qu'ils aient cette conversation-là.

**Ms. Steenberg:** I want to add something about the model and about the community. We talked about a national strategy but not the way it goes down to the community. Each local consortium of the CSDS is exactly a mini-round table. It starts out as kind of a transactional initiative to purchase data but it has ended up being a forum around a table whereby social agencies, health agencies, educational agencies, police agencies and libraries share their information and research and undertake common initiatives as they are doing increasingly in places like Calgary. It is already happening locally as we have all made very clear; we need to get the data to them.

**The Chair:** It is interesting you say that, Ms. Steenberg, because it is quite obvious that, for a population health initiative to be successful, you must get all the people who control the determinants of health around that table at the community level and then you have to wire it. You must then get the data up to the top or have someone from the top come down to do the wiring, or whatever, and be ready to share it all across the country.

If I am wrong, I want you to contradict me. I am pushing the report in that direction.

**Senator Cook:** Thank you for another complex afternoon of testimony.

From my limited knowledge on this topic, it seems that we are really good at gathering, at getting stuff, and at keeping it. How does one get to use it? Let me elaborate a bit on that. As the chair said, I am a Newfoundlander. We will be going to our province. I have had a number of meetings. I have come at this with no knowledge or understanding. At the first conversation I had, I learned that the community accounts were free and they were on the web.

I am sure that, just from hearing the four of you learned people this afternoon, this data collection must come at great cost and patience. We all seem to be going on a 16-lane highway or something. How do we get it together? Who will use it? How will it be accessed? To go back to the political will aspect, surely every one of us wants to have a healthy, productive population. My premier is no exception. That was the motivating factor. There was also an indicator: The failure of our fishery that we had existed on for 500 years. I will not minimize it. Ours was an easier-to-see phenomenon. The fishery was not coming back. We had to look at the population. In the first year, 30,000 of them moved to Alberta. That became a glaring reality. Maybe that is where our premier's political will came from. That is the simplicity of what happened at home.

**Mme Steenberg :** Je voudrais ajouter quelque chose à propos du modèle et de la collectivité. Nous parlons d'une stratégie nationale, mais nous ne parlons pas de la façon dont les données se rendent jusqu'à la collectivité. Chaque regroupement local de la SACASS est une mini-table ronde à proprement parler. Ça commence comme une sorte de projet transactionnel d'achat de données, mais ça aboutit à un forum, autour d'une table, où les organismes sociaux, les organismes de santé, les organismes du monde de l'éducation, les organismes policiers et les bibliothèques échangent leurs informations et leurs résultats de recherche, et entreprennent des projets communs, comme on le fait de plus en plus à des endroits comme Calgary. Ça se fait déjà localement comme nous l'avons tous souligné très clairement; nous devons faire en sorte que les gens aient accès aux données.

**Le président :** Il est intéressant que vous disiez cela, madame Steenberg, étant donné que cela est tout à fait évident : pour qu'un projet relatif à la santé de la population porte fruit, il faut réunir autour de la table, à l'échelle communautaire, toutes les personnes ayant une certaine prise sur les déterminants de la santé, puis il faut poser les câbles. Il faut aménager les données au niveau supérieur ou demander à quelqu'un du niveau supérieur de descendre pour venir poser les câbles, ou je ne sais quoi encore, et être prêt à échanger tous les renseignements dans l'ensemble du pays.

Si j'ai tort, je veux que vous me contredisiez. J'essaie de donner cette tournure-là au rapport.

**Le sénateur Cook :** Merci de nous avoir présenté des témoignages complexes encore une fois cet après-midi.

D'après la connaissance limitée que j'ai du sujet, il me semble que nous excellons quand vient le temps de recueillir les données, de les obtenir, et de les garder aussi. Comment faire pour s'en servir alors? Permettez-moi de donner quelques précisions là-dessus. Comme le président l'a dit, je suis originaire de Terre-Neuve. Nous allons nous rendre dans notre province. J'ai eu plusieurs réunions. Je suis arrivée ici sans connaître ou comprendre quoi que ce soit. Dès la première conversation que j'ai eue, j'ai appris que les « comptes communautaires » étaient gratuits, qu'on pouvait y accéder sur le Web.

À écouter seulement les quatre éminents personnages qui nous ont parlé cet après-midi, je suis certaine que la collecte des données doit coûter très cher en argent et en patience. Nous semblons tous filer sur une autoroute à 16 voies où je ne sais quoi encore. Comment réunir les éléments voulus? Qui s'en servira? Comment y accèdera-t-on? Pour revenir à l'aspect politique de la chose, il va sans dire que chacun d'entre nous souhaite avoir une population en santé et productive. Le premier ministre de ma province ne fait pas exception à la règle. C'était là le facteur de motivation. Il y avait aussi un indicateur : l'échec de notre pêcherie, qui avait existé auparavant pendant 500 ans. Je ne vais pas minimiser cela. Notre phénomène était plus facile à voir. La pêcherie n'allait pas revenir. Il nous fallait regarder la population. Durant la première année, 30 000 personnes ont déménagé en Alberta. C'est devenu une réalité criante. C'est peut-être de là que notre premier ministre a tiré sa volonté politique. C'est tout simplement ce qui est arrivé chez nous.



My researcher pointed this out to me because I know very little about computers. I know what I would like it to tell me but I do not know how to get it. I was born and raised in a small fishing community. My researcher clicked a button and told me exactly the health, social and all the determinants of health in my community. The man with whom I had my first interview, who must be pretty smart, said, «We have all this data together but we are afraid to use it. We know we must do something. We will go out and test it.» So they went to a community and showed the profile. They did the presentation at the local Lion's Club and everyone came. People came to him and said, «We did not know we were like that. We did not know our community was like that. There are some things that we can do ourselves.»

Forgive me, but I will never understand the issue of the complexities of big cities; I do not come from that jurisdiction. I could see the user there but, in our presentation, we hear about data collection and the barriers to it, for example, that it is three years old and so on. I am thinking that ours is done on a regular daily basis and it is accessible. Our little group has gone to Australia and to Turkey, two very different jurisdictions. Is there some way that we can have a meeting of the minds and get on with this and care for people?

**Ms. Steenberg:** We need to clone Alton Hollett and put him in every province and territory.

**Senator Cook:** I will be the first to say that it was a really identified need. He had the political will. He put it in legislation and funded it. He said to the people, «We will be accountable to you through the legislature.» I think that is where we need to come from and then all of this wonderful stuff will be of value. We are in the middle. I would like your opinion on that.

**Mr. Frojmovic:** I am not sure exactly how to respond but I am definitely a city boy. As complex as cities are, they are made up of communities — that is, neighbourhoods where people are struggling with things that are affecting them. I grew up in Montreal and now I am living in Ottawa. For example, school closures have been a big issue in Ontario. Speaking from the point of view of residents who are struggling to keep their schools open, school closures are very much about social determinants of health. Access to a local public school is an intermediating determinant of health. School closures tend to happen in lower-income neighbourhoods. There is a lot to be said about the school closure debates that occur in my community and the linkage to it as a determinant of health. What I found to be frustrating was the unnecessary lack of access to useful data on the part of those same parents who were investing an incredible amount of effort to fight for their schools to stay open. The kind of data needed was about population trends in particular. The arguments being made by the school boards on the one hand were, «Obviously, we see here there are populations in decline; there are fewer households.»

C'est mon chercheur qui m'a souligné la chose, étant donné que je connais très peu les ordinateurs. Je sais ce que je voudrais qu'on me dise, mais je ne sais pas comment faire pour aller chercher l'information. Je suis née et j'ai grandi dans une petite localité de pêcheurs. Mon chercheur a cliqué sur un bouton et m'a donné les facteurs de santé, les facteurs sociaux et tous les déterminants de la santé dans ma collectivité. Le premier homme que j'ai interviewé, qui devait être assez intelligent, a dit : « Nous avons toutes ces données qui sont regroupées, mais nous avons peur de nous en servir. Nous savons que nous devons faire quelque chose. Nous allons aller de l'avant et tester cela. » Les gens sont donc allés dans une collectivité et ont fait voir le profil. Ils ont présenté la chose au Lion's Club local, où tout le monde est venu voir. Les gens sont allés le voir et lui ont dit : « Nous ne savions pas que nous étions comme cela. Nous ne savions pas que notre collectivité était comme cela. Il y a des choses que nous pouvons faire pour nous aider nous-mêmes. »

Excusez-moi, mais je ne comprendrai jamais les questions complexes qui touchent les grandes villes; je ne viens pas d'un tel endroit. J'arrive à voir l'utilisateur, mais, dans notre exposé, nous avons entendu parler de collecte des données et d'obstacles à la collecte des données, par exemple que les données sont vieilles de trois ans et ainsi de suite. Je songe au fait que notre travail se fait quotidiennement et qu'il est accessible. Notre petit groupe est allé en Australie et en Turquie, deux endroits très différents. Serait-il possible d'en arriver à une rencontre des volontés et d'aller de l'avant et de commencer à s'occuper des gens?

**Mme Steenberg :** Il nous faut cloner Alton Hollett et l'installer dans chaque province, dans chaque territoire.

**Le sénateur Cook :** Je serai la première à dire qu'il s'agissait d'un besoin réel. Il avait la volonté politique voulue. Il l'a écrit dans une loi et l'a financé. Il a dit aux gens : « Nous serons responsables devant vous, par la voie de l'assemblée législative. » C'est de cette façon qu'il nous faut procéder, à mon avis, puis tous ces travaux merveilleux nous seront utiles à ce moment-là. Nous sommes pris au milieu. J'aimerais savoir ce que vous pensez de cela.

**M. Frojmovic :** Je ne sais pas très bien comment réagir, mais je suis très certainement un citadin. Si complexes que soient les villes, elles se composent de « collectivités » — c'est-à-dire de quartiers où les gens se débattent avec des choses qui les touchent. J'ai grandi à Montréal; aujourd'hui, je vis à Ottawa. Par exemple, la fermeture des écoles est toute une affaire en Ontario. Du point de vue des résidents qui se battent pour que leurs écoles demeurent ouvertes, la fermeture d'une école constitue tout à fait un déterminant social de la santé. L'accès à une école publique locale est un déterminant intermédiaire de la santé. Les fermetures d'école ont tendance à se produire dans les quartiers à faible revenu. Il y aurait beaucoup à dire à propos du débat sur la fermeture des écoles dans ma collectivité et du lien qu'il y a avec la notion de déterminant de la santé. Ce que j'ai trouvé frustrant, c'est l'inutile manque d'accès à des données utiles chez les parents qui se battent avec une énergie incroyable pour que leurs écoles demeurent ouvertes. Le genre de données qu'il fallait, c'est celles qui touchent les tendances démographiques en particulier. Les arguments évoqués par les conseils scolaires se résument à :

Cities have their own data sets and their own official plans that call for bringing more people into these neighbourhoods which is not in sync with where the school boards are at. Residents who have access to no data are struggling because, intuitively, they know that if their children can walk to school and it is a decent school in their neighbourhood, that is a good, all-around thing.

What I find interesting is that we have the capacity and tools and technology to get those data into the hands of residents in this case and bypass all. Keep the school boards honest about their relationship to the city officials who are trying to promote schools staying open. There is an incredible lack of access to data.

I was born in 1969. I have always regretted having just missed that revolution. I do think we are on the cusp of a social data revolution, and maybe one factor that underlies a lot of what we are talking about is fear. There is a fear on the part of many officials about making data available. The fact is, data can be made incredibly available and accessible to an incredible number of people. My experience has been, whether you are talking about municipal, federal government, provincial government or school board officials, there is a fear that if everyone found out about what I know, somehow the world will fall apart. The world will not fall apart; it will just get better and more efficient. The only way to overcome that fear, again, is to drive the requirement that you must make it available.

The reason we are on the cusp of a social data revolution is because we have all the data and tools that are out there, but they are being held extremely tightly; it is being sat on.

The fact that you could sit in some remote fishing village in Newfoundland and look at incredibly powerful data — exactly the kind of stuff that probably could have been used in any community going through a school closure — is testament to the fact that the only issue here is that certain jurisdictions are fearful of making that available. How you overcome fear, there is only so much we can do on the ground to overcome that.

**The Chair:** The full panel wants to comment.

**Ms. Slotek:** I am eagerly waiting to say something. I am delighted that you brought us back to the community accounts. We talked about it earlier. You are always looking for that magic bullet to find a solution, but there are eight or nine things that they are doing right. First, it is free. We cannot say enough about that.

« Évidemment, nous voyons là qu'il y a des populations en déclin; il y a moins de ménages. » Les villes disposent de leurs propres séries de données et de leurs propres plans officiels qui prévoient d'attirer des gens en plus grand nombre dans les quartiers en question, ce qui ne concorde pas avec les plans des conseils scolaires. Les résidents qui n'ont accès à aucune donnée se débattent dans le dossier. Intuitivement, ils savent que, dans la mesure où leurs enfants peuvent se rendre à l'école à pied et qu'il s'agit d'une école décente qui se trouve dans leur quartier, dans l'ensemble, c'est quelque chose de bon.

Je trouve cela intéressant que nous ayons les moyens et les outils et la technologie nécessaires pour mettre ces données-là entre les mains des résidents dans le cas qui nous occupe et contourner tout le reste. Exigez donc des conseils scolaires qu'ils parlent honnêtement de leur relation avec les responsables municipaux qui essaient de garder ouvertes les écoles. Il y a là un manque d'accès aux données qui est incroyable.

Je suis né en 1969. J'ai toujours regretté d'avoir tout juste raté cette révolution-là. Je suis quand même d'avis que nous sommes aux abords d'une révolution sociale dans le domaine des données, et il y a peut-être un facteur qui sous-tend une bonne part de ce débat, et c'est la peur. Nombreux sont les responsables qui ont peur de mettre les données à la disposition des gens. Le fait est qu'il est possible de rendre les données incroyablement disponibles et accessibles à un nombre incroyable de personnes. D'après mon expérience à moi, qu'il s'agisse de responsables des municipalités, du gouvernement fédéral, d'un gouvernement provincial ou d'un conseil scolaire, il y a cette peur : si tout le monde découvre ce que je sais d'une manière ou d'une autre, le monde va s'effondrer. Or, le monde ne va pas s'effondrer; il va juste devenir meilleur et plus efficient. La seule façon de surmonter cette peur-là, encore une fois, c'est de préconiser une exigence : il faut que les données soient disponibles.

La raison pour laquelle nous sommes aux abords d'une révolution sociale dans le domaine des données, c'est que nous disposons de toutes les données et de tous les outils qui existent, mais que ceux-ci sont tenus d'une façon qui est extrêmement serrée; les gens s'assoient dessus.

Le fait qu'on peut s'être installé dans quelque village de pêcheurs reculé à Terre-Neuve et regarder des données d'une incroyable puissance — tout à fait le genre de truc qui aurait pu servir à n'importe quelle collectivité aux prises avec la fermeture possible d'une école — montre bien que, le seul problème, c'est que, à certains endroits, on craint que les données soient à la disposition des gens. Comment surmonter cette peur? Nous pouvons seulement faire tant sur le terrain pour surmonter cela.

**Le président :** C'est tout le groupe de témoins qui souhaite réagir.

**Mme Slotek :** J'attendais impatiemment de pouvoir dire quelque chose. Cela fait mon bonheur que vous nous ayez ramenés à la question des comptes communautaires. Nous en avons parlé plus tôt. On cherche toujours la solution miracle, mais il y a huit ou neuf choses que les gens font correctement. Premièrement, c'est gratuit. On ne saurait trop insister là-dessus.

There is an attention to users, which relates to my comment earlier about looking at the end game. What is it for and answering the «so what?» question; they do that very well.

There is a public engagement process. They talk to communities, and they talk about what is relevant. If you talk to Doug May, Professor, Memorial University, one of the things he talks about is engaging communities about mistakes at the front end. The community was up in arms saying, "You are doing some of this wrong." They listened, responded and changed it.

It is also building a partnership between Memorial University and the Newfoundland and Labrador Statistics Agency, putting different people with different vantage points around a table to come up with something different.

They also understand the relevance of the data and that relates back to users. They collect relevant data. It is not a lot of data, yes, but it is not about volume; it is about relevance.

There is a political will there. You talked about it more eloquently than I can, and they do understand accountability. It is the fear factor that Mr. Frojmovic talked about. The fact is they do understand an obligation by government to the people to share information collectively and set a course of change. They understand that clearly and not just at election time, but as an ongoing process that they have with their citizens in terms of providing that information.

**The Chair:** Thank you, Ms. Slotek. Dr. Millar, I believe you are next.

**Dr. Millar:** The subject of fear has come up, fear of releasing data, but there is this countervailing fear of loss of privacy out there, so I will go back to what I said earlier about the need for public dialogue.

Commenting on your question here, why can we not do the same thing across the country to get local-level data accessible? Newfoundland has invested millions of dollars in this. Because they have done it and have been so open about sharing it with everyone else, it makes it incredibly cheap to spread. In British Columbia, we need only \$600,000 to replicate what they have done. It is not expensive.

The other big «but» here — and Ms. Slotek mentioned it a bit — you need more than just access to data to make this stuff work. There must be someone at the community level that can figure out what to do with this. You need that capacity to understand and analyze data and make it useful. You also need the engagement process so that it is not just in the hands of city council but you can engage the more vulnerable parts of the population as well.

It is doable. For relatively little money, this could be replicated.

Il y a une attention qui est portée à l'utilisateur, qui a rapport avec ce que je disais plus tôt à propos du but ultime de l'affaire. De quoi s'agit-il? Comment répondre à la question « et puis après? » Cela, ils le font très bien.

C'est un processus de mobilisation publique. Les responsables s'adressent aux collectivités et parlent de ce qui est pertinent. Si vous vous entretenez avec Doug May, professeur à l'Université Memorial, il vous dira entre autres qu'il faut mobiliser les collectivités à propos des erreurs qui sont faites au départ. Il y a eu une levée de boucliers. Les gens disaient : « Vous faites des erreurs sur certains points. » On a écouté, on a réagi et on a modifié le tir.

C'est aussi l'idée d'établir un partenariat entre l'Université Memorial et l'agence officielle de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, de réunir des gens ayant un point de vue différent autour d'une table pour en arriver à quelque chose de différent.

Les gens comprennent aussi la pertinence des données et le lien avec les utilisateurs. Ils recueillent des données pertinentes. Ce ne sont pas des données nombreuses, j'en conviens, mais ce n'est pas le volume qui importe; c'est la pertinence.

Il y a là une volonté politique d'agir. Vous en avez parlé avec plus d'éloquence que moi, et les gens comprennent bien la notion de transparence. C'est la peur que M. Frojmovic a évoquée. Le fait est que les gens comprennent l'obligation du gouvernement envers les citoyens pour ce qui est d'échanger des informations collectivement et de mettre le cap sur le changement. Ils comprennent cela clairement et pas seulement au cours d'une campagne électorale; ils savent que c'est un processus permanent qu'ils ont par rapport aux citoyens en matière d'information.

**Le président :** Merci, madame Slotek. Docteur Millar, je crois que c'est à vous.

**Dr Millar :** La question de la peur a été soulevée, la peur de divulguer des données, mais il y a aussi la peur « inverse », soit la peur de voir sa vie privée minée. Je vais donc revenir à ce que je disais à propos de la nécessité d'instaurer un dialogue public.

À propos de votre question, pourquoi ne pouvons-nous faire la même chose partout au pays pour que les données locales soient accessibles? Terre-Neuve a investi des millions de dollars dans l'affaire. Comme la province l'a fait et qu'elle a partagé si librement le fruit de son travail avec autrui, la circulation est incroyablement bon marché. En Colombie-Britannique, il ne nous faut que 600 000 \$ pour reproduire ce que Terre-Neuve a fait. Ce n'est pas coûteux.

L'autre « mais » de taille, ici — et Mme Slotek en a touché un mot —, c'est qu'il faut plus que l'accès aux données pour que tout cela fonctionne. Il faut qu'il y ait quelqu'un de la collectivité qui sache quoi en faire. Il faut la capacité de comprendre et d'analyser les données, de les rendre utiles. Il faut aussi le processus de mobilisation qui fera que ça ne se trouvera pas uniquement entre les mains du conseil municipal, mais qui permettra de mobiliser les éléments les plus vulnérables de la population aussi.

C'est faisable. À relativement peu de frais, on pourrait reproduire cela.



**Ms. Steenberg:** Most of my comments were covered by the other panellists. You talked about two points — who will use it and how do we get it together?

In terms of using it at the community level, a number of examples have been mentioned. The one I spoke about concerning the early development index or early childhood education is one I find most widespread at the moment and growing in popularity. It concerns taking a look at a neighbourhood and at childhood readiness for school and then being able to compare neighbourhoods with similar profiles but with different outcomes in terms of readiness so that they then go back and say, over and above the demographic profiles, what are the differences in these neighbourhoods? That is where you come to looking at assets, which you will not get relevant data of from the census. You will have to get data from local sources, and you need it to be very particular and very specific to that area.

Basically, all of these people, anyone using this data, are using it to say: What can we do to make things better? Given this, what worked here? Why do we think it worked there? Might it work there? Did it work here? How do we know it worked? Was it the right thing? All of these questions are what you need the data to answer. Those are the users at the community level.

Finally, the capacity question that you raised is important. That is why the community social data strategy is what they call a data liberation initiative with two objectives. One objective is the transactional thing about getting the data; the other is teaching people how to use the data. Municipalities have the most sophisticated data users probably in the country at that level. They are also enabling the community to learn how to use data and how to do analysis.

**Senator Pépin:** It is an elimination process.

**Ms. Steenberg:** Exactly.

**Senator Pépin:** If I understand correctly, we need someone to do the coordination. For example, if the federal government had the political will and used money to help all the provinces and the municipalities to say, "Let us get on with it and everyone collect the data," someone must do the coordination and collect the data, distribute it and have people working together at one level. This is very important.

Right now, we have the municipalities, some provinces, and I think it would be interesting if the federal government had some input and distributed money to help them run it in a better way. It seems that it is quite expensive to get this through Statistics Canada. Also, there should be a board to coordinate everything

**Mme Steenberg :** Les autres témoins ont commenté les questions que je voulais soulever. Vous avez parlé de deux points : qui va s'en servir et comment mettre tout cela ensemble?

Pour ce qui est de s'en servir à l'échelle communautaire, il y a plusieurs exemples qui ont été mentionnés. Celui que j'ai évoqué moi-même, à propos de l'indice du développement de la petite enfance ou de l'éducation à la petite enfance, renvoie à la pratique qui me paraît être la plus largement répandue en ce moment et qui gagne en popularité. Il s'agit de regarder un quartier et l'état de préparation des enfants aux études, puis de comparer des quartiers dont le profil est semblable, mais dont l'état de préparation est différent, de manière à pouvoir revenir et dire : au-delà des profils démographiques, quelles sont les différences qui existent entre ces quartiers-là? Il est question de déterminer quels sont les atouts en jeu, mais ce sont des données que ne permet pas de recueillir le recensement. Il vous faudra aller chercher les données auprès de sources locales, et il faut que ce soit très particulier et très spécifique, pour la zone visée.

Essentiellement, tous les gens en question, qui comptent utiliser ces données, utilisent ces données pour dire : que pouvons-nous faire pour améliorer les choses? Étant donné le problème qu'il y avait-là, qu'est-ce qui a fonctionné? Pourquoi sommes-nous d'avis que cela a fonctionné là? Est-ce que ça pourrait fonctionner ici? Est-ce que ça a fonctionné ici? Comment savons-nous que ça a fonctionné? Était-ce la chose à faire? Toutes ces questions-là, il faut les données pour y répondre. Ce sont les utilisateurs à l'échelle communautaire.

Enfin, vous avez soulevé la question de la capacité, qui est importante. C'est pourquoi la stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales est ce qu'on appelle une initiative de libération des données comportant deux objectifs. Parmi les objectifs, il faut compter l'opération elle-même, soit le fait d'obtenir les données; l'autre objectif, c'est d'enseigner aux gens comment utiliser les données. À ce niveau-là, les utilisateurs de données des municipalités sont probablement les plus experts qui soient au pays. De même, les municipalités aident la collectivité à apprendre comment utiliser les données et comment procéder à une analyse.

**Le sénateur Pépin :** C'est un processus d'élimination.

**Mme Steenberg :** Exactement.

**Le sénateur Pépin :** Si je comprends bien, il nous faut quelqu'un qui s'occupera de la coordination. Par exemple, si le gouvernement fédéral avait la volonté politique d'agir et qu'il versait une aide financière à l'ensemble des provinces et des municipalités en disant : « Allons de l'avant, tous, collectez donc les données », quelqu'un doit faire le travail de coordination et recueillir les données, les diffuser et faire en sorte que les gens puissent travailler ensemble à un niveau. C'est très important.

En ce moment, il y a les municipalités et certaines provinces qui sont dans le coup, et je crois qu'il serait intéressant que le gouvernement fédéral ait son mot à dire et verse des sommes d'argent pour aider les gens à mieux diriger l'affaire. Il semble que ce soit assez coûteux de passer par Statistique Canada pour cela.

and stipulate what is the best thing to do. That is what I understood.

**The Chair:** We never have enough time on these panels, and we are out of time again.

One of the groups we did not mention was Infoway. I am sure, Dr. Millar, you were involved, as I was, in the birth of Infoway. For three years, we sat on a panel. They do have financial resources. Although we are a bit over time, I will entertain Mr. Frojmovic's intervention after this. Please go across the board and tell us how you think we might engage Infoway.

**Ms. Slotek:** I cannot comment because I do not know about that particular initiative.

**Dr. Millar:** Infoway is \$2 billion to essentially stimulate the creation of an electronic medical record across the country. It brings together the various clinical databases, diagnostic imaging, labs, doctors' records and so forth, putting that into a record.

Certainly, in the fullness of time, when that is fully implemented, Infoway will be an extremely valuable source of data but, again, I think we will be looking at some of the similar challenges around access to the data in there. How do we get it for the purposes that we want for a population health purpose? That will be the question. Even though it will exist and will be a rich source, the question will be accessibility.

**Mr. Frojmovic:** Yes to that. Maybe it is because we are in a senatorial environment that I am feeling philosophical and reflective, but this is something that Ms. Steenberg and I have talked about quite a bit.

The irony of this whole discussion is we are talking about the inability of individuals to get access to data about themselves, whether it is the census or administrative data in a hospital. All of this information has originated with individuals taking the time to share. You answer the phone; you fill out your census form; you go to the hospital; you fill out another form; it is all about individuals.

The thought that Ms. Steenberg has raised is the whole business of democracy, and a 21st century democracy must be about democratizing access to data. Individuals must have the right to be able to access the data they have helped create, not only because they should have the right to access that which they have helped create, but because it is important that they understand and have a full knowledge of what it means to live in this complex society.

De même, il devrait y avoir un conseil chargé de coordonner tout le travail et de prescrire ce qu'il vaut mieux faire. C'est ce que j'ai compris.

**Le président :** Le temps nous manque toujours quand nous écoutons ces groupes de témoins et, encore une fois, il n'y a plus de temps.

Il y a un des groupes que nous n'avons pas mentionné, soit l'InfoRoute Santé. Monsieur Millar, je sais que vous avez participé, tout comme moi, à la naissance de l'InfoRoute. Pendant trois ans, nous avons siégé à un même comité. C'est un projet qui compte bel et bien sur des ressources financières. Nous avons dépassé le temps alloué, mais je vais quand même permettre à M. Frojmovic d'intervenir là-dessus. À tous, je demande de nous dire comment nous pourrions mettre à profit l'Info-Route.

**Mme Slotek :** Je ne peux commenter la question parce que je ne suis pas au courant de cette initiative particulière.

**M. Millar :** L'InfoRoute est un projet de deux milliards de dollars qui vise essentiellement à susciter la création d'un dossier médical électronique partout au pays. Le projet réunit les diverses bases de données cliniques, l'imagerie diagnostique, les laboratoires, les dossiers des médecins et ainsi de suite; tout cela entrerait dans la composition d'un dossier.

Certainement, une fois mise en œuvre sur toute la ligne, dans le temps voulu, l'InfoRoute représentera une source de données extrêmement précieuse, mais, encore une fois, je crois que nous allons envisager à son sujet des défis semblables à ceux qui ont été évoqués concernant l'accès aux données. Comment l'obtenir aux fins qui sont les nôtres, pour la santé de la population? Ce sera là la question. Même si ça existe et que c'est une source abondante de données, la question demeurera celle de l'accessibilité.

**M. Frojmovic :** À cela, je dis oui. Peut-être est-ce parce que nous sommes au Sénat que je me sens porté sur la philosophie et la réflexion, mais c'est une chose dont nous avons beaucoup parlé, Mme Steenberg et moi.

Ce que toute cette discussion a d'ironique, c'est qu'il est question de personnes qui ne sont pas capables d'accéder aux données elles-mêmes, qu'il s'agisse de données du recensement ou de données administratives d'un hôpital. Or, toutes ces données-là existent parce qu'il y a des gens qui ont pris le temps de les échanger au départ. Vous répondez au téléphone; vous remplissez le formulaire du recensement; vous allez à l'hôpital; vous remplissez un autre formulaire; tout cela, ce sont des gens qui échangent.

Suivant la réflexion de Mme Steenberg, cela est affaire de démocratie; or, une démocratie du XXI<sup>e</sup> siècle doit démocratiser l'accès aux données. Les personnes doivent avoir le droit d'accéder aux données qu'elles ont aidé à créer, non seulement parce qu'elles ont le droit d'accéder à la chose qu'elles ont aidé à créer, mais aussi parce qu'il importe qu'elles comprennent et qu'elles saisissent pleinement ce que cela veut dire que de vivre dans la société complexe qui est la nôtre.

At that level, clearly there is a role for a federal government to help bring about more of a sense of democracy in Canada. Being part of a modern democracy is not just about voting. It is about access to data, social data, health data and social determinants of health data.

I will end it on that note. This is about democracy, basic democracy, and basic rights of having access to that which you have created.

**The Chair:** Thank you so much, all of you, for giving us your time so freely, for helping us out. We probably will be back to you as our report unfolds.

For now, our time is up.

The committee adjourned.

À ce niveau-là, sans nul doute, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour favoriser davantage une attitude démocratique au Canada. Faire partie d'une démocratie moderne ne se résume pas au seul fait de voter. C'est aussi l'idée d'accéder aux données, aux données sociales, aux données sur la santé et aux données sur les déterminants sociaux de la santé.

Je terminerai là-dessus. C'est une question de démocratie, une question fondamentale de démocratie et de droits fondamentaux prévoyant l'accès à ce que l'on a créé.

**Le président :** Merci à chacun d'entre vous d'avoir fait don de votre temps si librement, pour nous aider. Nous allons probablement communiquer avec vous de nouveau au fil de la production de notre rapport.

Pour aujourd'hui, notre temps est terminé.

La séance est levée.





SENATE



SÉNAT

***POPULATION HEALTH POLICY:  
ISSUES AND OPTIONS***

**Fourth Report of the Subcommittee on Population Health  
of the Standing Senate Committee on  
Social Affairs, Science and Technology**

Chair  
**The Honourable Wilbert J. Keon**

Deputy Chair  
**The Honourable Lucie Pépin**

**April 2008**

*Ce document est disponible en français*

Available on the Parliamentary Internet:

[www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)

(Committee Business – Senate - Recent Reports)

39<sup>th</sup> Parliament – 2<sup>nd</sup> Session



## TABLE OF CONTENTS

<b>ORDER OF REFERENCE .....</b>	<b>i</b>
<b>MEMBERSHIP .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABOUT THE SUBCOMMITTEE .....</b>	<b>1</b>
<b>WHAT IS POPULATION HEALTH? .....</b>	<b>3</b>
<b>WHAT ARE THE DETERMINANTS OF HEALTH? .....</b>	<b>4</b>
<b>WHAT IS THE IMPACT OF HEALTH DETERMINANTS? .....</b>	<b>5</b>
<b>HOW SERIOUS ARE HEALTH DISPARITIES IN CANADA? .....</b>	<b>6</b>
<i>Early Childhood Development .....</i>	<i>7</i>
<i>Income and Socio-Economic Status .....</i>	<i>7</i>
<i>Education .....</i>	<i>8</i>
<i>Geography .....</i>	<i>8</i>
<i>Aboriginal Status .....</i>	<i>8</i>
<i>Gender .....</i>	<i>9</i>
<i>Other .....</i>	<i>9</i>
<b>WHY GOVERNMENTS SHOULD IMPLEMENT POPULATION HEALTH POLICY .....</b>	<b>10</b>
<b>WHICH ISSUES MUST BE ADDRESSED AND WHAT OPTIONS ARE AVAILABLE? .....</b>	<b>11</b>
<b>Issue 1: Tracking Health Outcomes and Supporting Research on Interventions to Enhance the Health of the Population.....</b>	<b>11</b>
<i>Possible Option: Expand and Enrich the Population Health Database.....</i>	<i>12</i>
<i>Possible Option: Invest in More Population Health Research and Enhance the Translation of Knowledge.....</i>	<i>13</i>
<b>Issue 2: Reorienting Government Policy .....</b>	<b>13</b>
<i>Possible Option: Undertake an Interdepartmental Spending Review .....</i>	<i>14</i>
<i>Possible Option: Establish Health Goals .....</i>	<i>15</i>
<i>Possible Option: Require Health Impact Assessment (HIA) .....</i>	<i>16</i>
<i>Possible Option: Implement a Federal Population Health Strategy .....</i>	<i>17</i>
<i>Possible Option: Establish a F/P/T Population Health Policy Framework .....</i>	<i>19</i>
<i>Possible Option: Strengthen Intersectoral Action: Engaging Communities .....</i>	<i>20</i>
<b>Issue 3: Implementing an Aboriginal Population Health Strategy .....</b>	<b>21</b>
<i>Possible Option: Implement a Comprehensive Aboriginal Population Health Strategy.....</i>	<i>22</i>
<i>Possible Option: Adopt a Step-by-Step Approach to Implementation of an Aboriginal Population Health Strategy .....</i>	<i>23</i>
<i>Possible Option: Strengthen Peer-Learning Among Aboriginal Populations.....</i>	<i>23</i>
<b>Issue 4: Fostering Political Will .....</b>	<b>24</b>
<i>Possible Option: Raise Public Awareness .....</i>	<i>24</i>
<i>Possible Option: Mobilize and Engage the Non-Health Sector in Population Health Action .....</i>	<i>25</i>
<i>Possible Option: Build Consensus Among Key Stakeholders on Priority Actions .....</i>	<i>26</i>
<b>APPENDIX 1 - WITNESS LIST .....</b>	<b>27</b>

The Committee would like to thank the following staff for their hard work in the preparation of this report:

*From the Library of Parliament:*

Odette Madore, Analyst

Michael Toye, Analyst

Laura Corbett, Consultant

Bev Nickoloff, Consultant

*From the Committees Directorate:*

Josée Thérien, Clerk of the Committee, 1<sup>st</sup> Session of the 39<sup>th</sup> Parliament

Barbara Reynolds, Clerk of the Committee, 2<sup>nd</sup> Session of the 39<sup>th</sup> Parliament

Louise Pronovost, Administrative Assistant, 1<sup>st</sup> Session of the 39<sup>th</sup> Parliament

Tracy Amendola, Administrative Assistant, 2<sup>nd</sup> Session of the 39<sup>th</sup> Parliament

## ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Watt:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.



## MEMBERSHIP

---

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Population Health Policy: International Perspectives* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee

The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, P.C.

*Ex-officio members of the Committee:*

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or (Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C., or (Gérald J. Comeau)

*Other Senators who have participated from time to time on this study:*

The Honourable Senators: Art Eggleton, P.C., Jim Munson, and Hugh Segal

## ABOUT THE SUBCOMMITTEE

In February 2007, during the 1st Session of the 39th Parliament, the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population – referred to collectively as determinants of health. The Senate renewed the mandate of the Subcommittee in October 2007, at the beginning of the 2nd Session of the 39th Parliament. Included as a central element of the study is identification of the actions that must be taken by the federal government to implement population health strategies.

The Subcommittee divided its study into two phases. The goal of the first phase was to gather evidence on the development and implementation of population health policy in various jurisdictions. Three reports were tabled in the Senate:

- *Population Health Policy: International Perspectives* (February 2008) presents an analysis of government policy to improve population health and reduce health disparities in Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden;
- *Maternal Health and Early Child Development in Cuba* (February 2008) summarizes the Subcommittee's findings on the content, structure, cost, management and impact of maternal health programs and early childhood education initiatives in Cuba.
- *Population Health Policy in Canada: Federal and Provincial/Territorial Perspectives* (April 2008) describes previous efforts of the federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy.

This report on issues and options has been developed on the basis of the findings and observations of the three phase one reports; it marks the start of the second phase of the Subcommittee's work. Its purpose is to: outline the major issues facing the development of population health policy in Canada; present policy options to a) improve overall health status and b) reduce health disparities; and launch a public debate on the role of the federal government in the development and implementation of population health policy.

With respect to the latter purpose, this paper forms the basis for public hearings and consultations with Canadians across the country. The consultation process will run through 2008; we expect to table the final report containing our recommendations in December 2008. We strongly encourage readers to review this paper carefully together with its three companion reports when preparing submissions to the Subcommittee. The deadline for written submissions is June 30, 2008. They should be sent to:

The Senate Subcommittee on Population Health  
The Senate of Canada  
Ottawa, Ontario  
Canada, K1A 0A4  
Email: [SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca](mailto:SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca)  
Fax: 613-947-2104



## WHAT IS POPULATION HEALTH?

Although population health is an old and familiar term, surprisingly it does not yet have an agreed-upon international definition. When speaking about policies and approaches to improve health status and reduce health disparities, in Canada, we use the term “population health”; Sweden calls it “public health,” while in Finland the reference is to “health in all policies.” In Canada, we usually talk about “health determinants” while the WHO Commission on Social Determinants of Health, headed by Sir Michael Marmot, speaks of the “social determinants of health”; similarly for “health disparities” and “health inequities.” In our opinion, thinking and communicating clearly about population health concepts is essential for policymakers, politicians and the public to improve understanding of population health and take action to reduce health disparities. In this paper and throughout the Subcommittee’s study, the Canadian terminology is used:

- **Population health** refers to health outcomes and their distribution in the population. The health status of individuals and the population is influenced by the complex interaction of a wide range of determinants over the life course.
- The **determinants of health** encompass a wide range of personal, social, economic and environmental factors that include, for example, education; employment, income, social status, housing, gender, and culture, to name a few. Differences in health status result from the combination and interaction of health determinants and give rise to health disparities between individuals and among various segments of the population.
- **Health disparities** or health inequalities represent the variation or differences in health status, resulting from the distribution of the effects of health determinants between and among different population groups. Some disparities in health are attributable to biological variations or free choice and, as such, are essentially unavoidable; others result from the external environment and other conditions that, while largely outside the control of the individuals affected, are amenable to mitigation by the implementation of well-crafted public policy.
- A **population health policy** or population health approach refers to public policy the purpose of which is to improve or enhance the health of the population and to reduce health disparities by addressing, in a coordinated fashion, the range of determinants that influence health. Such an approach requires intersectoral action, that is, coordination among and collaboration with a variety of stakeholders.

- **Intersectoral action** for population health has two dimensions: horizontal and vertical. The horizontal dimension links different sectors such as education, health, the environment, etc. Within a single government, this can be referred to as an interdepartmental or whole-of-government approach. The vertical dimension links sectors at different levels; for example, the federal, provincial/territorial, regional, and local or municipal governments are linked both together and with groups, institutions, and organizations in the community. Intersectoral action is most successful when it results in a “win-win” situation, whereby the participants at every level gain something.

## WHAT ARE THE DETERMINANTS OF HEALTH?

The determinants of health encompass personal, social, economic and environmental factors. The following health determinants are identified in the Canadian literature:

- **Early Child Development:** Prenatal and early childhood experiences have a powerful effect on the person’s subsequent health, well-being, coping skills and competence.
- **Education:** Health status improves with educational attainment. Education can increase income and job security, and give people a sense of control over their life circumstances – key factors in good health.
- **Employment and Working Conditions:** Aside from the obvious effects of hazardous working conditions, poor health is associated being unemployed or underemployed, having stressful duties at work, and with having little control over one’s work circumstances.
- **Income and Social Status:** Health status improves at each step up the income and social hierarchy. Although prosperity itself makes a difference, narrow income disparity, i.e. an equitable distribution of wealth, is more important to the health of the population.
- **Social Environments:** The values and norms of a society can support or undermine individual and population well-being. Social stability, the welcoming and accommodation of diversity, safety, and cohesive, supportive communities all encourage good health.
- **Physical Environments:** Clean air, water and soil are vital to a healthy population, as are the human-made elements of our physical environment: adequate housing, safe workplaces and communities, well-designed cities, roadways, etc.

- **Social Support Networks:** Supportive families, friends and communities are strongly associated with high health status.
- **Lifestyle, Personal Health Practices and Coping Skills:** Personal practices and habits of daily living such as smoking, drug use, eating, and physical activity affect health and well-being. People who practice healthy behaviours and who feel effective in their own lives are likely to be successful in sustaining good health.
- **Biology and Genetic Endowment:** Biological influences on health include heredity, the function of body systems, and the processes of development and aging.
- **Gender:** Society ascribes different roles, personality traits and relative power to males and females, all of which can affect people's health. Women, for example, are more vulnerable to sexual or physical violence, low income, single parenthood, and health risks (e.g.: accidents, STDs, etc.).
- **Culture:** Race, ethnicity or cultural background can influence population health by affecting its member's vulnerability to the risks to which they are jointly exposed.
- **Health Care:** Health care services, particularly those designed to maintain and promote health, to prevent disease and injury, and to restore health and function to individuals impaired by illness, injury, or other causes, is also a significant contributor to population health.<sup>1</sup>

## WHAT IS THE IMPACT OF HEALTH DETERMINANTS?

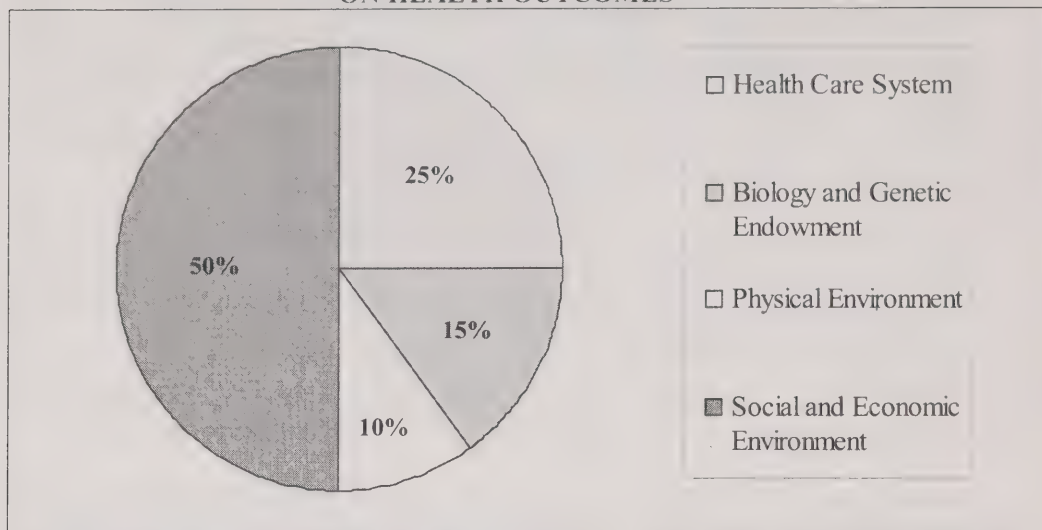
Research has estimated that 15% of the population's health is attributable to biology and genetic factors, 10% to the physical environment, 25% to the reparative work of the health care system, while, fully 50% is attributable to the social and economic environment (see Figure 1). Clearly, health is much more than health care and of them all, the socio-economic environment is the most powerful of the determinants of health.

---

<sup>1</sup> Adapted from: 1) Health Canada, *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, Discussion Paper, December 1996 <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html> and 2) National Collaborating Centre for Determinants of Health, *Determinants of Health*, 2007 <http://www.nccdh.ca/node/27>.



**FIGURE 1**  
**ESTIMATED IMPACT OF DETERMINANTS OF HEALTH**  
**ON HEALTH OUTCOMES**



Source: Estimation by the Canadian Institute for Advanced Research. Graph reproduced from the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *The Health of Canadians - The Federal Role, Volume One: The Story so Far*, March 2001.

Yet, knowledge and understanding about the determinants of health remains remarkably deficient. In the general public, there is a high interest in health care issues but only one in three Canadians understand the links between health and its broader non-medical determinants (e.g. income, education, housing).<sup>2</sup>

## HOW SERIOUS ARE HEALTH DISPARITIES IN CANADA?

Wide disparities in health exist among Canadians. While many whose health is good can expect to live long and comfortable lives, significant and avoidable ill-health is experienced by many people. Although this ill-health is distributed throughout the whole population, it is borne disproportionately by specific groups, notably Aboriginal peoples and individuals and families whose incomes are low.

<sup>2</sup> Elyzabeth Gyorfy-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Canadian Population Health Initiative, CIHI, 8 November 2005. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH\\_Sept\\_2005.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf)

Following are a few examples of health disparities and the effect of different determinants on the health of various components of the Canadian population:

### *Early Childhood Development*

- Prolonged and intensive stress in childhood can disrupt early development of the brain and compromise functioning of the nervous and immune systems. Children brought up in adverse environments are predisposed to social maladjustment and difficulties in school as well as to a range of health problems later in life including coronary heart disease, hypertension, type II diabetes, substance abuse, and conditions affecting their mental health.<sup>3</sup>
- Immigrant, Aboriginal and low income children, and those living in rural and remote communities are more at risk than others of experiencing a poorer start in life. Distance, availability and affordability are all significant barriers of access to early childhood education programs as are cultural barriers to Aboriginal and immigrant children when local child programming may not be culturally relevant or be provided in an unfamiliar language.<sup>4</sup>

### *Income and Socio-Economic Status*

- In 2005, 15% of all Canadians were living in poverty,<sup>5</sup> and income inequality is increasing.<sup>6</sup> The wealthy live longer than the poor, and experience less chronic illness, obesity, and mental distress.<sup>7</sup>
- One in five Canadian children are clinically underweight at birth and, therefore, at increased risk for a number of adverse health and developmental conditions later in life.<sup>8</sup> Low birth-weight children from privileged backgrounds, however, still have a developmental advantage over normal birth-weight children born into under-privileged backgrounds.<sup>9</sup>

---

<sup>3</sup> Hon. Margaret Norrie McCain, J. Fraser Mustard and Stuart Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, 2007. [http://wwwFOUNDERS.net/In/news.asp?24157c30539cee20852566360044448c\\_5c0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument](http://wwwFOUNDERS.net/In/news.asp?24157c30539cee20852566360044448c_5c0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument)

<sup>4</sup> Public Health Agency of Canada.

<sup>5</sup> National Council on Welfare, *Poverty Trends in Canada*, Solving Poverty Information Kit, June 2007. <http://www.ncwcnbes.net/en/publications/pub-126.html>

<sup>6</sup> Andrew Heisz, *Income Inequality and Redistribution in Canada: 1976-2004*, Catalogue no. 11F0019MIE - No. 298, Statistics Canada, 2007.

<sup>7</sup> Morton Beiser and Miriam Stewart, "Reducing Health Disparities: A Priority for Canada," *Canadian Journal of Public Health*, Volume 96, Supplement 2, March-April 2005. <http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/2005/abstr2-s.htm>

<sup>8</sup> Canadian Population Health Initiative, *Improving the Health of Canadians*, CIHI, 2004. [http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_39\\_E&cw\\_topic=39&cw\\_rel=AR\\_322\\_E](http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_E&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_E)

<sup>9</sup> Canadian Institutes of Health Research, *Population Health*, 2005-2006. [http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/population\\_health\\_mpkir\\_0506\\_e.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/population_health_mpkir_0506_e.pdf)

- In 2000-2001, twice as many men and women in Canada's highest income group rated their health as excellent compared with those in the lowest income group.<sup>10</sup>

### *Education*

- Almost half of all Canadian adults lack the literacy necessary to participate fully in our knowledge-based economy. They face high levels of unemployment and, consequently, often live in unstable environments. Illiterate families face direct health risks derived from, for example, difficulty reading instructions for baby formulae, medications, or educational materials about health and safety.<sup>11</sup>
- The diets of families whose members are better-educated and have higher incomes more closely adhere to nutritional guidelines than of those with less education and lower incomes. Inadequate diet is linked to the development of many diseases.<sup>12</sup>

### *Geography*

- While Canada's life expectancy is among the longest in the world, it varies by 11 years across the country from a low 70.4 in Nunavut to a high 81.2 in British Columbia.<sup>13</sup>
- There is also considerable variability among provinces and territories in the percentage of people reporting their health to be excellent or very good, from a high of 68% in Newfoundland and Labrador to a low of 51% in Nunavut.<sup>14</sup>
- Measured between 1997 and 1999, life expectancy in Montréal was 78.5 years. But, it varied among neighbourhoods from a low of 71.6 to a high of 82.3 years.<sup>15</sup>

### *Aboriginal Status*

- The socio-economic status of Aboriginal Peoples – First Nations, Inuit and Métis – is lower than that of non-Aboriginal Canadians on virtually every measure (low income, high unemployment, lower educational attainment).<sup>16</sup>
- On average, First Nations and Inuit peoples' life expectancy is five to 10 years less than Canadians as a whole. Infant mortality rates among First Nations on reserve and Inuit are two to three times the Canadian rate overall. Injuries are the biggest contributor to premature death amongst the First Nations population on reserve, four times that of the Canadian population as a whole.<sup>17</sup>

---

<sup>10</sup> *Improving the Health of Canadians*, 2004.

<sup>11</sup> Morton Beiser and Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

<sup>12</sup> Canadian Institutes of Health Research (2005-2006), *op. cit.*

<sup>13</sup> Statistics Canada, *Table 102-0511 - Life expectancy, abridged life table, at birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories, annual 2004, 2005.*

<sup>14</sup> Canadian Population Health Initiative, *Improving the Health of Canadians: An Introduction to Health in Urban Places*, CIHI, 2006.  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_471\\_E&cw\\_topic=471&cw\\_rel=AR\\_1217\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_471_E&cw_topic=471&cw_rel=AR_1217_E)

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *Improving the Health of Canadians*, 2004.

<sup>17</sup> *Ibid.*



- At least 33% of First Nations and Inuit people, compared to 18% of non-Aboriginal people, live in inadequate, unsuitable or unaffordable housing. Poor housing is associated with a host of health problems. For example, crowded housing is associated with increased rate of tuberculosis; among First Nations in the 1990s the incidence of tuberculosis was at least seven times higher than that of Canada overall.<sup>18</sup>
- Youth suicide rates among First Nations are five to seven times higher, and among Inuit youth 11 times higher, than among their non-Aboriginal peers.<sup>19</sup>

### *Gender*

- While women live six years longer than men, they are more likely to experience chronic conditions and limitations on their activity long-term. As for the effect of poverty, the probability of survival to age 75 for men in 1996 was 68.6% in the richest neighbourhoods and only 53.4% in the poorest. For women, the probabilities were 79.7% and 73.0% respectively.<sup>20</sup>
- The rate of smoking among certain groups of women is increasing at an alarming rate, as are its consequences, particularly cancer, respiratory and cardiovascular disorders. Single parents (primarily women), unpaid caregivers, homosexuals, bisexuals, and transgendered people are also at particular risk for compromised health.<sup>21</sup>

### *Other*

- Over an eight-year period (1994/1995-2002/2003), recent immigrants from non-European countries were twice as likely as those born in Canada to report deterioration in their health, despite the fact they were generally in better health when they arrived in Canada than those born here.<sup>22</sup>
- Individuals who lack control over their work environment are more likely to develop and die from cardiovascular disease.<sup>23</sup>
- Smoking, obesity, high stress, low household income, and a weak sense of community all have significant negative effects on health status.<sup>24</sup>

The Subcommittee believes it is unacceptable for a privileged country like Canada to continue to tolerate such disparities in health. Our challenge is to find ways to improve the health of all Canadians to equal that of those who experience the best health,

---

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Public Health Agency of Canada.

<sup>20</sup> Brent Moloughney, *Housing and Population Health: The State of Current Research Knowledge*, Canadian Population Health Initiative, CIHI, 2004.  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=AR\\_1129\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_1129_E)

<sup>21</sup> Morton Beiser and Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

<sup>22</sup> Canadian Institutes of Health Research (2005-2006), *op. cit.*

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> *Ibid.*

regardless of their ethnicity, social or economic position. Furthermore, we believe that the actions necessary to improve the situation will only be possible through concerted intersectoral action, difficult as we realize that is to achieve. But we know that there have been successes and we believe enough has been learned to take action successfully.

## **WHY GOVERNMENTS SHOULD IMPLEMENT POPULATION HEALTH POLICY**

There are sound economic and social reasons to improve the health of the population. The benefits of a population health approach extend beyond improved health status and reduced health disparities to affect strongly economic and social conditions. Simply put, population health policies and programs foster economic growth, productivity and prosperity. Good health enables children to perform well in school. Good health enables people to be more productive and higher productivity, in turn, reinforces economic growth. Healthy citizens who are better engaged in their communities contribute to social cohesion. A healthy population requires less of government expenditures on income support, social services, health care, and security. Simply put, the Canada's health depends on the health of all Canadians.

Good health is not only a key asset for economic development. In our highly civilized country, health for all must surely be a prime social goal – a responsibility of society as a whole. Health is a fundamental human need and, therefore, a basic human right. Good health is essential for individuals and societies to function well. Therefore, health must be supported throughout all stages of life from conception to childhood through adulthood to old age. In addition to the sound economic reasons, we believe that governments have a moral obligation to foster the social and cultural conditions that empower individuals, communities and societies to create and maintain the conditions necessary for all citizens to live their lives in good health. This is a major challenge that can only be tackled through a whole-of-government approach in which health and health disparities are targeted in all policy fields (education, social and cultural services, economic policy, environmental policy, taxation, etc). Doing so, of course, will

require a profound structural change both in public policy and governments' approach to the development and implementation of public policy.

## **WHICH ISSUES MUST BE ADDRESSED AND WHAT OPTIONS ARE AVAILABLE?**

### **Issue 1: Tracking Health Outcomes and Supporting Research on Interventions to Enhance the Health of the Population**

Awareness is growing, in Canada and internationally, of the determinants of health, the broad range of factors that affect the health of populations and its distribution among groups of people. All the countries profiled by the Subcommittee – Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden – have established sound databases to collect and monitor indicators of health. National institutes of public health monitor and report regularly on population health in Norway, Sweden and Finland. The extent of health disparities is particularly well documented in England and New Zealand. Moreover, Australia, Finland, Norway and Sweden have established national research programs on health disparities and on the effectiveness of government interventions to foster population health.

How does Canada compare in terms of collecting, monitoring and reporting on health outcomes and health disparities? The evidence obtained by the Subcommittee suggests that Canada has sound data on population health status by determinant and on health disparities. At the national level, reliable information is provided by the Canadian Population Health Initiative, Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada, while several useful provincial sources of health indicators and health disparities are available including, to name a few, the Manitoba Population Health Data Repository, the Community Accounts in Newfoundland and Labrador, and the B.C Health and Wellness Survey. These sources of information are assets that can facilitate the development of the focused knowledge and evidence needed to move the population health agenda forward. But there remain substantial deficiencies, however,



with data and information generally, including particularly on the health status and disparities among Aboriginal Canadians.

Canada compares favourably in terms of population health research with the work funded or performed at the national level by the Canadian Institutes of Health Research, the National Collaborating Centres on Public Health, the Canadian Population Health Initiative, Health Canada and the Public Health Agency of Canada, as well as at the provincial level by the Manitoba Centre for Health Policy, the *Institut de la santé publique du Québec*, the Ontario Institute for Work and Health and the Saskatchewan Population Health, and Evaluation Research Unit, and other such organizations. What more can and needs to be done?

*Possible Option: Expand and Enrich the Population Health Database*

More and better, more complete data and information are needed to understand better the factors that affect population health in Canada. The nature of the relationships between health and its determinants is complex; it cannot be explained in terms of single, commonly-used measures of socioeconomic status, such as income, education, or occupation. We need to ask: do we have enough and sufficiently sensitive indicators to track and assess the extent of health disparities; where are the gaps in knowledge and how can we fill them; what can be done to improve the information available on health disparities among First Nations, Inuit and Métis peoples; should Canada establish a national information database system on the health of the population and on health disparities; what role should be played by Statistics Canada, the Canadian Population Health Initiative, Health Canada, the Public Health Agency of Canada, and provincial/territorial governments and their agencies in the establishment and maintenance of a national database system; who should take the lead in facilitating the development of such a system; what can be done to reduce duplication and overlaps and to leverage the finite resources available; are there countries or provinces/territories we could use as a model when developing a national database; how can a national database on health disparities be built on existing sources, such as the Canadian Population Health

Initiative and the Manitoba Centre for Health Policy; how much funding is necessary to establish a comprehensive, well-managed national information database system on population health?

*Possible Option: Invest in More Population Health Research and Enhance the Translation of Knowledge*

It is not clear how much Canada spends on population health research. The Subcommittee was told, however, that current funding does not reflect the burden of health disparities and that more practical evidence-based knowledge is needed on what works and what does not with respect to policy and program interventions intended to improve the health of the population. How much funding should the federal government devote to research on population health and health disparities? If more funding is required, from where should it come? Should a dedicated fund be established to support population health research? What proportion of this fund should be devoted to research on the effectiveness of government interventions to optimize the health of the population and to reduce health disparities? How can research on Aboriginal health and health disparities be fostered? Given that population health is affected by the policies and actions of so many sectors, how can the various research organizations at the federal, provincial, territorial levels as well as in the private sector, establish synergistic partnerships to build, strengthen and link the Canadian population health research community altogether? Who should take the lead in knowledge translation to improve the use of evidence generated from research to inform population health policy, practice and programs? Building on the current Canadian expertise, should we establish a national research agenda to coordinate research on population health and health disparities?

## **Issue 2: Reorienting Government Policy**

There is no national plan in Canada to improve overall population health status and reduce health disparities. Our governments have not articulated the vision of a healthy society, much less the strategies or action-plans necessary to achieve it. At the

federal level, while it has talked about it, the government has not succeeded in implementing a comprehensive approach to population health.

In contrast, England has adopted a unique, whole-of-government policy to reduce health disparities involving 12 central departments and agencies together with a number of regional and local authorities. Specific national targets for reduced disparities have been set and national indicators developed to quantify regular reports on progress. Through an interdepartmental review, the UK Treasury identified how best public spending could be applied to reduce health disparities. In Sweden and Québec, public health legislation requires government departments and agencies to assess the health impacts of any proposed new law and regulation. The *Act* in Sweden also includes specific health objectives and measurable targets applicable to some 50 departments and agencies. Finland and Australia also encourage strongly the use of health impact assessment (HIA) for new legislation, regulations, and programs.

*Possible Option: Undertake an Interdepartmental Spending Review*

The Subcommittee has taken note that the support of finance departments was particularly important in every country, ensuring not only the availability of adequate funds to support the implementation of population health policy but also the compliance of other government departments with the health-oriented initiatives required. Whereas Health Departments often meet resistance and charges of “health imperialism” when seeking changes in other departments’ policies and programs that will improve health outcomes and reduce health disparities, when a central agency like Finance takes the lead genuine cooperation is far more forthcoming. England provides a good example. The spending review led by the Treasury in 2002 informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years and generated mandatory commitments for actions that, in sum, constituted implementation of a whole-of-government approach to reduce health disparities.



Should Finance Canada, in collaboration with other central agencies, conduct a similar interdepartmental spending review? Which federal departments should be subject to it? Should the outcomes result in mandatory commitments? Is this the most appropriate mechanism available to the federal government to stimulate implementation of a population health policy or should another approach be taken? If so, what should that approach be?

*Possible Option: Establish Health Goals*

Tangible, measureable health goals, objectives and targets are essential components of a population health strategy. They support identification of the areas on which to focus attention, determine the data to collect and indicators to monitor, establish benchmarks, and enable progress to be measured and reported. In the countries profiled by the Subcommittee, some goals and targets focused on specific health outcomes (e.g., reduced mortality and morbidity) while others focused on the adoption of healthier behaviours; only a few countries, like England and Sweden, set targets for the reduction of health disparities.

In Canada, each province articulated health goals between 1989 and 1998, that, by the end of the 1990s, were no longer being applied. In 2005, the F/P/T Ministers of Health established health goals for Canada that, to date, have neither evolved into a national strategy nor have resulted in measurable actions. Moreover, national targets have not been set to reduce health disparities. The Subcommittee believes that health goals can aid in mobilizing resources to support population health initiatives, in monitoring and reporting progress, and in stimulating work on the development of health indicators and of health information systems.

Should the federal government, when developing its population health policy, clearly enunciate health goals, objectives and targets? Which goals, objectives and targets would be most appropriate to inform policies to reduce health disparities? Should they be set in legislation as in Sweden? Is new legislation required or could the

necessary goals and targets by added to existing legislation by amendment? Are there better alternatives to legislation?

*Possible Option: Require Health Impact Assessment (HIA)*

The process of HIA is well developed and used in many of the countries reviewed by the Subcommittee. HIAs are performed for a variety of reasons, including addressing both the determinants of and disparities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related issues are considered in government-wide policy making. In Sweden and New Zealand, unlike England where it has been advocated but never implemented, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral government process.

In 1997, a recommendation was made to the federal Cabinet in the Memorandum on Population Health that HIA be employed on federal policies and programs. Similarly, the use of HIA has been promoted in a number of provinces and several provincial reports have recommended that HIAs be included in all Cabinet submissions. To date, only Québec has an *Act* to ensure that the impacts on health of proposed laws and regulations are assessed. The Subcommittee believes that HIA could be considered as one of the first steps toward the development of population health policy. Such assessments would lead to a better understanding of how most public policies influence population health in one way or another. In our view, HIA is a practical way to judge the potential health effects on the population of a given policy, program or project and in particular on vulnerable or disadvantaged groups; it could maximize the positive and minimize the negative health effects of proposals coming forward from all sectors of government.

Should the federal government establish a mechanism to allow for or require the application of HIA to all new public policy proposals? Would new legislation be required to do so? Is it realistic to envision HIA as a routine component of all new federal policies and programs? If HIA were to be introduced as a component of federal population health policy, what should be the role and responsibilities of Health Canada,

the Public Health Agency of Canada, and central agencies such as Finance Canada and the Treasury Board?

*Possible Option: Implement a Federal Population Health Strategy*

Although experts acknowledge that there is no single right way to enhance the health of the population or reduce health disparities, they all agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health status and its distribution will change in the desired direction. Moreover, the Subcommittee's international review suggests that leadership at the highest levels, including from central agencies, is essential for a whole-of-government approach to population health to be successful. The United Kingdom provides an example of successful interdepartmental collaboration: the concerned Cabinet committee includes a dozen departments and addresses cross-cutting initiatives to improve health and reduce health disparities.

Something similar was attempted in Canada in 1997 with endorsement by the federal government of the Memorandum to Cabinet on Population Health: the proposal involved 18 departments with Health Canada in the lead. It failed in its interdepartmental co-ordinating role because significant funding cuts impeded implementation. Only Health Canada has applied a population health lens to its programs and initiatives. The lesson learned here is that although a formal commitment by government is a good first step, it must be accompanied with sustained, predictable funding to ensure interdepartmental action on population health and the policy's implementation over the long term. Shifting of the resources necessary to develop and implement population health policy is a long term process that can only be facilitated through a comparable long standing commitment on the part of successive governments.

Another approach identified in our international review is to link health explicitly to other policy fields. The population health policy emanating from the health departments in Finland, New Zealand, Norway and Sweden are linked to separate



policies on poverty, social inclusion, and social justice, all of which relate directly to underlying determinants of poor health (low income and unemployment, housing and homelessness, and social exclusion). Both Newfoundland and Labrador and Québec have adopted this approach. Elsewhere in Canada, whole-of-government approaches tend to be structured around single health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices and Healthy Child Manitoba on early childhood development.

Thirty years ago the Canadian government was acclaimed worldwide for its leadership in elaborating the concept of population health and promoting population health policy. It is time, once again, for leadership in developing and implementing a pan-Canadian population health strategy. It is a feasible task, given the federal government's role in many policy areas that affect health – the environment, agriculture, economic policy, income support, health research, employment, taxation, etc. There is something there to build on. Health Canada developed in 2001 a template to guide the successful implementation of population health policy in the health sector and beyond.

How should the federal government proceed? Should it use Health Canada's 2001 template as a guide? Should it adopt the whole-of-government approach endorsed by Cabinet in 1997 together with a secure commitment of the necessary funds? If so, who should take on the role of champion for population health– Health Canada or a central agency like Finance or the Treasury Board? How can the central agencies be convinced and engaged in a whole-of-government approach to population health? What other federal departments and agencies should be involved?

Are there examples of the application of a whole-of-government approach that could be used as a model for a co-ordinated approach to population health – the National Family Violence Initiative, Tobacco Demand Reduction Strategy, or Sustainable Development Initiative, for example?

With such a wide-ranging and complex topic as population health, comprehensive, co-ordinated action on all determinants affecting the entire population

would be difficult to achieve in the short term. Would it be more effective for the federal government to take a step-by-step approach to implementing a population health strategy? If so, should the first steps focus on particularly vulnerable populations (Aboriginal peoples, children, low-income families, etc.) or should they emphasize particularly powerful health determinants such as early child development, housing, income support, etc.? Should the federal government consider developing and implementing a health strategy and a poverty strategy separately?

*Possible Option: Establish a F/P/T Population Health Policy Framework*

As in Australia, jurisdictional issues between the federal and provincial/territorial governments have been a constant element in the development of population health policy in Canada. Population health policy cuts across federal and provincial/territorial responsibilities; obviously a coordinating process is essential to achieve consensus and enhance collaboration. Between 1994 and 2004, the principal vehicle supporting intergovernmental dialogue and coordination in this field was the Advisory Committee on Population Health, a body reporting to the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health. This committee took a long-term, integrated view of the health of the population and advocated policy coherence across all relevant sectors. In its *Reducing Health Disparities* papers in 2004, for the first time in Canada, the F/P/T Advisory Committee on Population Health addressed health disparities from a systemic perspective, in contrast to dealing with health disparities affecting specific populations. Although a commitment in principle to address health disparities was secured at the F/P/T level, there has been no agreement subsequently on recommended actions and the designation of an organization to take the lead in addressing those disparities in Canada. Obviously, intergovernmental collaboration is essential to the successful implementation of either policies to reduce health disparities or, more generally, an overall population health strategy.

How can Canada turn knowledge into concrete action on population health at the F/P/T level? Does the current Public Health Network provide an effective forum

for population health policy discussion? Should the F/P/T Advisory Committee on Population Health be revived as a collaborative mechanism to develop a national population health strategy? Does the current Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy have the potential to significantly reduce health disparities? Could it be a useful step toward the development of a broader population health strategy?

*Possible Option: Strengthen Intersectoral Action: Engaging Communities*

Policy action across sectors is essential to address effectively the determinants of health and to reduce health disparities. To repeat what has been said above, this involves not only working across departments within one level of government, but with different governments, and non-governmental partners as well. Interventions at the community level are most successful in reaching vulnerable populations, creating local networks, and leveraging resources. In fact, the active participation of civil society groups has been identified as a key success factor in cases in which intersectoral policy on health determinants has worked well both at the local and national levels. There is no one ideal model to facilitate intersectoral action, but there are successful examples the federal government can build upon, such as the Urban Development Agreements and the National Homelessness Initiative.

To foster intersectoral action, the U.K. has created regional offices that bring together many departments under one roof; Saskatchewan and Newfoundland and Labrador, have established regional structures located outside health departments that appear to have been effective in promoting collaboration and partnerships. Manitoba has adopted a community economic development framework to guide provincial policy and program development.

In Cuba, polyclinics successfully reach and engage communities in health promotion, disease prevention and early diagnosis. These clinics are spread throughout the country, involve multidisciplinary teams (doctors, nurses, psychologists, social workers, dentists, speech and language therapists, etc.) and maintain close relationships



and have personal knowledge of the population they serve. Polyclinics break down silos through considerable integration of resources and sharing of responsibility, including medical/nursing training and education, data collection, scientific research and knowledge translation.

How can the federal government collaborate better with both governmental and non-governmental partners? Have the administrative and reporting requirements placed on community-based partner organizations in intersectoral initiatives improved? Do adequate evaluation processes exist to capture the outcomes of intersectoral initiatives in complex, dynamic environments? To what extent could the polyclinic model be adapted to the Canadian situation?

### **Issue 3: Implementing an Aboriginal Population Health Strategy**

As described above, Aboriginal populations bear a disproportionate burden of the ill health, suffering, and social deprivation in Canada. Their health disparities originate in the broad determinants that affect all Canadians but also in determinants related to colonization, and their efforts to regain some level of self-determination and community control.

Given its special responsibility for Aboriginal peoples and its central role in the provision of programs and services, the federal government has a particular opportunity to engage Aboriginal leaders to find out how the application of a population health approach, together with Aboriginal concepts of health, could improve the focus, organization and delivery of those governmental services and lead to diminution of the disparities of health between those populations and other Canadians.

The need for better data on Aboriginal populations has been mentioned earlier; it is not repeated among the options below.

*Possible Option: Implement a Comprehensive Aboriginal Population Health Strategy*

The federal government can play a key role in addressing the health disparities, the unusually low health status, affecting Aboriginal peoples. It currently delivers a complex array of programs in sectors such as health, lifelong learning, safe and sustainable communities, housing, economic opportunity, land and resources, and governance and relationships. Thirty federal departments and agencies deliver some 360 programs and services at a cost of \$8.2 billion to Indians, Inuit and Métis. These programs and services, however, are not coordinated and integrated in ways that would optimally reduce health disparities. The first option would be for the federal government, and Aboriginal leaders to develop and implement a federal population health strategy by coordinating and integrating the activity of the different departments and agencies that have some responsibility for programs and services for Aboriginal Canadians. Who should take the lead and what mechanism should be used to ensure the active participation of Aboriginal Leaders in the development and implementation of this strategy?

The range of federal programs and services available to Aboriginal groups varies based on their status, negotiated agreements, jurisdiction, treaty obligations and policy decisions; some programs are delivered by Aboriginal governments themselves or are designed to complement other provincial, territorial and Aboriginal programs. In partnership with Aboriginal authorities at local, regional and national levels, should these policies be coordinated to improve their aggregate effect on the health of the population and to reduce health disparities between Aboriginal Canadians and others? Could Aboriginal communities with the capacity to discharge it have more authority over the resources available to them to strengthen local social, economic and cultural conditions in ways that produce better health outcomes?

The provincial/territorial governments also have responsibility for Aboriginal population health. This was clearly acknowledged in the 2005 Kelowna Accord, an ambitious ten-year plan to “close the gap” between Aboriginal and non-

Aboriginal Canadians in the areas of education, housing and infrastructure, health and economic opportunities – all key determinants of health. What can be done by federal, provincial and territorial governments separately and working together to advance the agenda on “closing the gap” for Aboriginal peoples?

*Possible Option: Adopt a Step-by-Step Approach to Implementation of an Aboriginal Population Health Strategy*

Rather than embarking on an approach across-the-board, the federal government could focus its population health strategy for Aboriginal peoples on selected determinants. For example, breaking the cycle of poverty and poor health that exists in many Aboriginal communities will require addressing three of the most fundamental determinants of health: income, education and housing. How do current policies and programs in these areas need to change?

Another possible option for the step-by-step approach would be to improve access to healthy food in remote communities. Currently, the federal Food Mail Program pays part of the cost of transporting nutritious perishable foods to isolated northern communities. Despite this subsidy, a nutritious diet in isolated northern communities costs roughly double what it would cost in southern Canada, a very heavy burden given the relatively high levels of un- and under-employment and of poverty in many such communities. By comparison, provincial regulations across the country ensure an equal price for alcohol regardless of location – a bottle in Northwestern Ontario costs the same as in Ottawa. Equalizing through subsidies the price of food for children makes more sense than doing so for alcohol! Should the Food Mail Program be enhanced? What other measures would improve access to nutritious food in remote communities?

*Possible Option: Strengthen Peer-Learning Among Aboriginal Populations*

While the situation overall is serious, not all Aboriginal groups have lower health status than other Canadians. Many First Nations have been effective in improving



health status in their communities and have suicide rates that are lower than provincial or Canadian averages. Despite the diversity of cultural and social conditions that exist between and among First Nations, Inuit and Métis populations, could the experience and ideas of leaders from resilient, successful communities benefit those who are doing less well? Could effective practices and approaches be shared with and adapted by Aboriginal communities? Should the federal government be supporting Aboriginal efforts to build capacity and strengthen leadership, and if so, how?

#### **Issue 4:       Fostering Political Will**

Understanding the scale and causes of health disparities and identifying the most effective mechanisms for reducing them are fundamental. But that knowledge alone, while essential, is insufficient to bring about the necessary changes to policies and programs.

High-level leadership has proved to be key to most successful population health strategies internationally. But such strategies also require long-term continuity; too often they are derailed by changes in government or the adoption of different priorities by successive (or even the same) government.

Public awareness, support and engagement of the non-health sector, and consensus on key priorities is important to foster political will, generate the conditions necessary for action, and to sustain those actions over a longer term.

##### *Possible Option: Raise Public Awareness*

The impacts on health of personal lifestyle behaviours (such as eating habits, physical activity, smoking and drinking), access to health care and a healthy environment are recognized by the public; the impacts of the broader determinants, however, like early child development, education, income and social support seem to be less well understood. The Canadian media tends to overemphasize the significance of the

health care system and personal lifestyles on health and to underemphasize the role of the socio-economic environment. The general public does not easily relate to the theoretical concept referred to as “population health”. As governments are frequently guided by public opinion, there is a need to generate among the public a more balanced understanding of what creates and sustains good health.

How can we best capture the public’s interest in their own aggregate health status? What can be done to reframe the debate about health in Canada? Should the federal government be supporting public education and conducting awareness-raising campaigns on the extent and cost of health disparities? What role can the media play in enhancing public understanding of population health? Who would key partners be in changing public attitudes about health and health disparities?

*Possible Option: Mobilize and Engage the Non-Health Sector in Population Health Action*

Even though the determinants of health cut across many sectors, the Subcommittee’s federal, provincial/territorial and international review showed that the health sector remains overwhelmingly predominant when a population health approach is considered. The most successful models, however, unite a range of sectors. A key strength of Cuba’s polyclinics is their ability to integrate health, education, social services, science and knowledge translation in the delivery of services at the primary care level. In other words, the policy initiatives of all sectors must play a major leveraging role to address population health effectively; every sector must be actively engaged from the outset if health disparities are to be reduced.

Are there champions to carry the message to sectors other than health and convince them of the important stake they have in improving the health of the population? What evidence, promising practices, stories or arguments are sufficiently convincing? Once the other government sectors are convinced, how can they become actively engaged in population health? What can be done to recruit the private sector as a valuable supporter and strong advocate of reducing health disparities?

*Possible Option: Build Consensus Among Key Stakeholders on Priority Actions*

The scope of action available to government will be in part dictated by the level of support from a range of stakeholders. Building consensus both at the community level, among Canada's provinces and territories, and nationally will create a more favourable environment for population health policies. What actions are most likely to generate the most support from the widest spectrum of stakeholders? What strategies and tools are the most effective to build consensus on the need for action to reduce health disparities?



## APPENDIX 1 - WITNESS LIST

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
<b>39<sup>th</sup> Parliament 1<sup>st</sup> Session</b>			
World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health	The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner	22-02-2007	1
Institute of Population Health	Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - York University	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, Associate Scientist	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention	21-03-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Statistics Canada	Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development	21-03-2007	2
Institute of Population and Public Health	Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research	28-03-2007	2
Global Health and Social Policy	Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy	28-03-2007	2
McGill University	Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health	28-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate	25-04-2007	3
Indian and Northern Affairs Canada	Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector	25-04-2007	3
Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba	John O'Neil, Professor and Director	25-04-2007	3
Health Canada	Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch	25-04-2007	3
Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)	Dr Jeff Reading, Scientific Director	25-04-2007	3
Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit	02-05-2007	3

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of British Columbia - Department of Psychology	Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer	02-05-2007	3
Toronto University	Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services	02-05-2007	3
Observatory on Ageing and Society (OAS)	Dr. André Davignon, Founder	16-05-2007	4
Nova Scotia Department of Health	Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat	16-05-2007	4
Public Health Agency of Canada - Division of Aging and Seniors	Margaret Gillis, Director	16-05-2007	4
Canadian Association on Gerontology	Mark Rosenberg, Professor Queen's University	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Canadian Institutes of Health Research	Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, Professor, President	30-05-2007	4



ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	31-05-2007	4
Métis National Council	David Chartrand, Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation	31-05-2007	4
BC Ministry of Health	Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	01-06-2007	5
Institute of Aboriginal Peoples' Health	Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, Executive Director	01-06-2007	5
Native Women's Association of Canada	Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health	01-06-2007	5

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
National Association of Friendship Centres	Alfred J. Guay, Policy Analyst	01-06-2007	5
Assembly of First Nations	Valerie Gideon, Director of Health and Social Development	01-06-2007	5
University of Alberta	Malcom King, Professor, Department of Medicine	01-06-2007	5
Aboriginal Nurses Association of Canada	Julie Lys, Director, North West Territories Region	01-06-2007	5
Toronto University	Chandrakant P. Shah, Professor emeritus	01-06-2007	5
Congress of Aboriginal Peoples	Erin WolskiHealth Policy Program	01-06-2007	5
<b>39<sup>th</sup> Parliament 2<sup>nd</sup> Session</b>			
Ministry of Health and Social Affairs	Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Dr. Gunnar Agren, Director General	22-11-2007	1
Karolinska Institute:	Dr. Pirooska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, President	28-11-2007	1
McMaster University	John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences	28-11-2007	1
PEI Department of Health	Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations	28-11-2007	1
Group d'étude sur les	France Gagnon, Professor and	05-12-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
politiques et la santé	co-chair		
University of Montreal	Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor	05-12-2007	2
U.K. Department of Health	Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement	11-12-2007	2
B.C. Interior Health Authority	Lex Baas, Director of Population Health	12-12-2007	2
University of British Columbia	James Frankish, Professor and Director	12-12-2007	2
Ontario Ministry of Health Promotion	Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention	06-02-2008	3
Toronto Cental Local Health Integration Network	Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning	06-02-2008	3
University of Ottawa Heart Institute	Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre	06-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer	13-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Keith Denny, Acting Manager	13-02-2008	3
University of Manitoba	Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine	13-02-2008	3
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives & Innovations	27-02-2008	3
Finance Canada	Yves Giroux, Acting Director, Social Policy	27-02-2008	3
Treasury Board of Canada	Sally Thornton, Indian Affairs and Health	27-02-2008	3



SENATE



SÉNAT

***POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :  
ENJEUX ET OPTIONS***

**Quatrième rapport du Sous-comité sur la santé  
des populations du Comité sénatorial permanent  
des affaires sociales, des sciences et de la technologie**

Président  
**L'honorable Wilbert J. Keon**

Vice-président  
**L'honorable Lucie Pépin**

**Avril 2008**

*This document is available in English*

-----

Disponible sur l'internet Parlementaire:  
[www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)  
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)  
39<sup>e</sup> législature – 2<sup>ième</sup> session

## TABLE DES MATIÈRE

<b>ORDRE DE RENVOI .....</b>	<b>i</b>
<b>MEMBRES.....</b>	<b>ii</b>
<b>À PROPOS DU SOUS-COMITÉ .....</b>	<b>1</b>
<b>QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »? .....</b>	<b>3</b>
<b>QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ? .....</b>	<b>4</b>
<b>QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ? .....</b>	<b>6</b>
<b>QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA? .....</b>	<b>7</b>
<i>Développement de la petite enfance .....</i>	<i>7</i>
<i>Revenu et situation socioéconomique .....</i>	<i>8</i>
<i>Niveau d'instruction.....</i>	<i>8</i>
<i>Contexte géographique .....</i>	<i>9</i>
<i>Situation des Autochtones .....</i>	<i>9</i>
<i>Sexe .....</i>	<i>10</i>
<i>Autres .....</i>	<i>10</i>
<b>POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION? .....</b>	<b>11</b>
<b>QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS? .....</b>	<b>12</b>
<b>Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population.....</b>	<b>12</b>
<i>Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population .....</i>	<i>13</i>
<i>Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances.....</i>	<i>14</i>
<b>Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement.....</b>	<b>15</b>
<i>Option : effectuer un examen interministériel des dépenses .....</i>	<i>16</i>
<i>Option : se fixer des buts en matière de santé .....</i>	<i>16</i>
<i>Option : exiger une étude d'impact sur la santé.....</i>	<i>17</i>
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population.....</i>	<i>19</i>
<i>Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population .....</i>	<i>21</i>
<i>Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution .....</i>	<i>22</i>
<b>Enjeu 3 : Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone .....</b>	<b>23</b>
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone.....</i>	<i>24</i>
<i>Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone .....</i>	<i>25</i>
<i>Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones ..</i>	<i>26</i>



<b>Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique .....</b>	<b>27</b>
<i>Option : sensibiliser le public .....</i>	<i>27</i>
<i>Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé .....</i>	<i>28</i>
<i>Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires .....</i>	<i>29</i>

Le Comité aimerait remercier les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

*De la Bibliothèque du Parlement :*

Odette Madore, analyste

Michael Toye, analyste

Laura Corbett, consultante

Bev Nickoloff, consultante

*De la Direction des comités :*

Josée Thérien, greffière du Comité, 1<sup>re</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature

Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2<sup>e</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature

Louise Pronovost, adjointe administrative, 1<sup>re</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature

Tracy Amendola, adjointe administrative, 2<sup>e</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature

## ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat, la motion mise aux voix, est adoptée.

## MEMBRES

---

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet du *Politiques sur la santé de la population : perspective internationale*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

### **Les honorables sénateurs:**

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

### *Membres d'office du Comité:*

Les honorables sénateurs: Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

### *Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude:*

Les honorables sénateurs: Art Eggleton, C.P., Jim Munson et Hugh Segal



## À PROPOS DU SOUS-COMITÉ

En février 2007, au cours de la 1<sup>re</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'examiner l'incidence des multiples facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, collectivement appelés « déterminants sociaux de la santé », et d'en faire rapport. Le Sénat a reconduit le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2<sup>e</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature. L'étude a principalement pour but de déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies sur la santé de la population.

Le Sous-comité a subdivisé son étude en deux étapes. Dans un premier temps, il a recueilli des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population dans différents pays, provinces et territoires, et déposé trois rapports au Sénat :

- *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale* (février 2008) présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé en Australie, en Angleterre, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède;
- *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba* (février 2008) résume les observations du Sous-comité quant au contenu, à la structure, au coût, à la gestion et à l'incidence des programmes de santé maternelle et d'éducation de la petite enfance à Cuba;
- *Politiques sur la santé de la population au Canada : Perspectives fédérales, provinciales et territoriales* (mars 2008) décrit les efforts déployés par le gouvernement fédéral de même que les provinces et territoires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population.

Le présent rapport sur les enjeux et options a été élaboré à partir des conclusions et des observations formulées dans les trois rapports de la première étape et marque le début de la deuxième étape des travaux du Sous-comité. Il a pour but d'énoncer les grands enjeux liés à l'élaboration de politiques sur la santé de la population

au Canada, de présenter des options de politiques à adopter pour a) améliorer la santé en général et b) réduire les disparités sur le plan de la santé et de lancer un débat public sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population.

En ce qui concerne ce dernier objectif, le présent document tient lieu de point de départ aux audiences et aux consultations publiques qui auront lieu d'un bout à l'autre du pays. Les consultations s'étaleront sur toute l'année 2008 et le dépôt du rapport final faisant état de nos recommandations est prévu pour décembre 2008. Les lecteurs auraient tout avantage à examiner attentivement les trois rapports déposés antérieurement et le présent document au moment de préparer leur mémoire au Sous-comité. La date limite pour la présentation des mémoires a été fixée au 30 juin 2008. Les mémoires doivent être transmis à l'adresse suivante :

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations

Le Sénat du Canada

Ottawa (Ontario)

Canada, K1A 0A4

Courriel : [SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca](mailto:SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca)

Télécopieur : 613-947-2104

## QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »?

L'expression « santé de la population » n'est pas nouvelle, mais il est étonnant de constater qu'elle n'a toujours pas de définition internationalement reconnue. Lorsqu'il est question de politiques et d'approches visant à améliorer la santé et à diminuer les disparités en matière de santé, l'expression couramment utilisée au Canada est « santé de la population »; en Suède, c'est la notion de « santé publique » qui a cours, alors qu'en Finlande, on parle de « santé dans l'ensemble des politiques ». Au Canada, nous utilisons habituellement l'expression « déterminants de la santé », tandis que la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, dirigée par Sir Michael Marmot, parle pour sa part de « déterminants sociaux de la santé », de « disparités en matière de santé » et d'« inégalités sanitaires ». À notre avis, il est essentiel que les décideurs, les élus et le public aient une compréhension commune et claire de ces notions pour que le sens de l'expression « santé de la population » soit mieux compris et qu'une intervention soit possible pour réduire les disparités en matière de santé. Dans le présent document et tout au long de l'étude du Sous-comité, nous avons utilisé la terminologie en vigueur au Canada, à savoir :

- La **santé de la population** correspond aux résultats en santé (ou au bilan de santé) et à la façon dont ils se répartissent dans la population. L'état de santé des individus et de la population en général est influencé par l'interaction complexe d'une vaste gamme de déterminants tout au long de la vie.
- Les **déterminants de la santé** font intervenir tout un éventail de facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux, comme le niveau d'instruction, l'emploi, le revenu, la situation sociale, le logement, le sexe et la culture, pour n'en nommer que quelques-uns. Parce que la combinaison et l'interaction des déterminants de la santé se répercutent différemment sur la santé, il y a parfois des disparités en matière de santé d'un individu à l'autre et d'un segment de population à l'autre,.
- Les **disparités** ou les **inégalités en matière de santé** correspondent aux variations ou aux différences observées dans l'état de santé, en raison de la façon dont les effets des déterminants de la santé se répartissent d'un groupe à l'autre au sein de la population. Certaines disparités en matière de santé sont attribuables à des variations biologiques ou à l'exercice d'un libre choix, et en ce sens, elles sont pour la plupart inévitables; d'autres, par contre, sont imputables à l'environnement extérieur ou à des situations



sur lesquelles les principaux intéressés ont fort peu de prise, mais qui peuvent être améliorées grâce à la mise en œuvre de politiques gouvernementales bien conçues.

- Une **politique sur la santé de la population** ou une approche en matière de santé de la population s'entend d'une politique gouvernementale qui vise à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé par l'adoption de mesures concertées qui tiennent compte de tout l'éventail de déterminants qui influent sur la santé. Une telle approche exige une intervention intersectorielle, c'est-à-dire une coordination et une collaboration entre divers intervenants.
- L'**intervention intersectorielle** en matière de santé de la population revêt deux dimensions : l'une horizontale et l'autre verticale. La dimension horizontale fait intervenir différents secteurs, comme l'éducation, la santé, l'environnement, etc. À l'intérieur d'une même administration, une telle approche est dite « interministérielle » ou « pangouvernementale ». La dimension verticale suppose une concertation de secteurs d'intervention à différents échelons gouvernementaux; par exemple, les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux ou municipaux s'allient à des groupes, des institutions et des organismes de la collectivité. L'intervention intersectorielle est fructueuse lorsque tous les participants à chaque échelon en sortent gagnants.

## QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Les déterminants de la santé renvoient à des facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux. Voici une liste des déterminants de la santé qui sont recensés dans les ouvrages canadiens :

- **Développement de la petite enfance** : Les expériences vécues durant la période prénatale et la petite enfance ont d'importants effets sur la santé, le mieux-être et la capacité d'adaptation pendant tout le reste de la vie.
- **Niveau d'instruction** : Le niveau de santé s'améliore avec le niveau de scolarité. Plus on est instruit, plus on a de chances d'avoir un emploi et de le garder, et plus on a l'impression d'avoir un contrôle sur sa vie – autant d'éléments clés d'une bonne santé.
- **Emploi et conditions de travail** : Outre l'incidence évidente que peuvent avoir des conditions de travail dangereuses, le fait d'être au chômage ou sous-employé, le stress lié au travail et le manque de contrôle sur ses conditions de travail sont autant de facteurs qui minent la santé.
- **Revenu et situation sociale** : L'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. La prospérité est certes

importante, mais la réduction des disparités de revenus, c.-à-d. la répartition équitable de la richesse l'est encore plus pour la santé de la population.

- **Environnements sociaux** : Les valeurs et les normes d'une société peuvent avoir des effets favorables ou nuisibles sur le mieux-être individuel et collectif. La stabilité sociale, l'ouverture à la diversité, la sécurité ainsi que la cohésion et le soutien de la collectivité contribuent tous à la bonne santé.
- **Environnement physique** : La qualité de l'air, de l'eau et du sol a une incidence importante sur la santé de la population, tout comme les éléments de notre environnement physique qui sont le fait de l'homme : logement adéquat, milieu de travail et collectivité sûrs, villes bien aménagées, bons réseaux routiers, etc.
- **Réseaux de soutien social** : Des familles, des amis et des collectivités sur lesquels on peut compter contribuent pour beaucoup au maintien d'une bonne santé.
- **Habitudes de vie et capacité d'adaptation** : Les habitudes de vie comme le tabagisme, la consommation de drogues, l'alimentation et l'activité physique ont une incidence sur la santé et le mieux-être. Les personnes qui ont des habitudes de vie saines et qui se sentent bien dans leur vie sont plus susceptibles que d'autres de rester en bonne santé.
- **Patrimoine génétique et biologique** : Les facteurs biologiques qui influent sur la santé sont notamment l'hérédité, le fonctionnement des systèmes de l'organisme et les processus de développement et de vieillissement.
- **Sexe** : Les différents rôles, traits de personnalité et pouvoirs relatifs attribués par la société selon que l'on est un homme ou une femme peuvent tous influencer sur la santé. Les femmes, par exemple, risquent davantage d'être victimes d'agressions sexuelles ou physiques, de gagner un revenu moindre et d'élever seules leurs enfants, et sont aussi plus exposées aux accidents, MTS, etc.
- **Culture** : La race, l'ethnicité et le bagage culturel ont une incidence sur la santé de la population, parce qu'ils accroissent la vulnérabilité aux risques auxquels les membres d'un groupe sont collectivement exposés.
- **Services de santé** : Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé, à prévenir la maladie et à restaurer la santé et le fonctionnement de l'organisme chez les personnes affaiblies par la maladie, des blessures ou d'autres causes, contribuent aussi pour beaucoup à la santé de la population<sup>1</sup>.

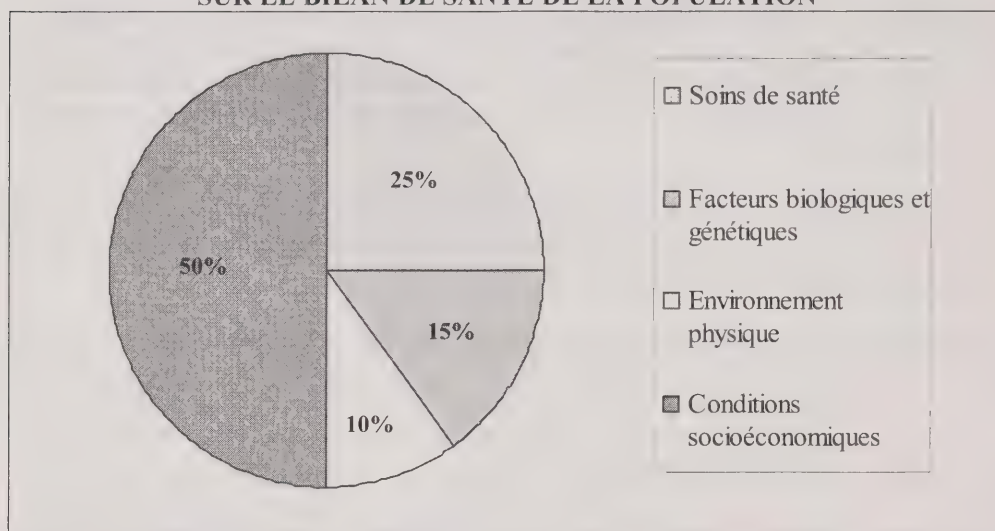
---

<sup>1</sup> Inspiré de 1) Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, Document de travail, décembre 1996, <http://www.phac-aspc.gc.ca/pli-sp-ddsp/docs/commune/index.html> et 2) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Determinants of Health*, 2007, <http://www.nccdh.ca/node/27>.

## QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Selon certaines études, la santé de la population dépendrait à 15 % de facteurs biologiques et génétiques, à 10 % de l'environnement physique, à 25 % de l'effet réparateur du système de santé, et à 50 % des conditions socioéconomiques (voir la figure 1). Il est clair que la santé est loin de dépendre uniquement des soins de santé offerts. De tous les déterminants de la santé, ce sont les conditions socioéconomiques qui influent le plus sur la santé.

**FIGURE 1**  
**ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**SUR LE BILAN DE SANTÉ DE LA POPULATION**



Source : Estimation préparée par l'Institut canadien de recherches avancées. Graphique tiré du rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume un : Le chemin parcouru*, mars 2001.

Pourtant, la connaissance et la compréhension des déterminants de la santé demeurent encore extrêmement déficientes. Le grand public s'intéresse beaucoup aux enjeux touchant les soins de santé, mais seulement un Canadien sur trois est conscient de



l'existence d'un lien entre la santé et ses grands déterminants non médicaux (par exemple, le revenu, le niveau d'instruction, le logement)<sup>2</sup>.

## QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA?

Il existe de vastes disparités en matière de santé chez les Canadiens. Si bon nombre de personnes en bonne santé peuvent espérer vivre longtemps et confortablement, il reste que beaucoup de gens qui pourraient être en bonne santé ne le sont pas. Même si le nombre de personnes en mauvaise santé se répartit sur l'ensemble de la population, il est disproportionnellement élevé chez certains groupes, comme les Autochtones ainsi que les personnes et familles à faible revenu. Voici quelques exemples :

### *Développement de la petite enfance*

- Un stress intensif et prolongé dans la petite enfance peut perturber le développement cérébral et compromettre le fonctionnement des systèmes nerveux et immunitaires. Les enfants qui grandissent dans des conditions malsaines sont prédisposés à éprouver des difficultés scolaires et d'adaptation sociale et à avoir toutes sortes de problèmes de santé plus tard au cours de leur vie, notamment des maladies coronariennes, de l'hypertension, du diabète de type 2 et des problèmes de toxicomanie et de santé mentale<sup>3</sup>.
- Les enfants immigrants, autochtones et à faible revenu, de même que ceux qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, risquent plus que d'autres de connaître un mauvais départ dans la vie. L'éloignement, la non-disponibilité et le coût trop élevé sont autant d'obstacles importants qui gênent l'accès à des programmes d'éducation de la petite enfance, tout comme les barrières culturelles auxquelles se heurtent les enfants autochtones et immigrants, lorsque les programmes offerts sur place à leur intention ne sont pas culturellement adaptés ou se donnent dans une autre langue que la leur<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Elyzabeth Gyorffy-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS, 8 novembre 2005, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH\\_Sept\\_2005.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf).

<sup>3</sup> L'hon. Margaret Norrie McCain, J. Fraser Mustard et Stuart Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, 2007, <http://www.founders.net/fn-news.nsf/24157c30539cee2085256636004444Sc5e0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument>.

<sup>4</sup> Agence de la santé publique du Canada.

## *Revenu et situation socioéconomique*

- En 2005, 15 % de l'ensemble des Canadiens vivaient dans la pauvreté<sup>5</sup>, et les inégalités de revenu allaient en s'accroissant<sup>6</sup>. Les riches vivent plus longtemps que les pauvres et ont moins tendance à souffrir de maladies chroniques, d'obésité et de détresse psychologique<sup>7</sup>.
- Un enfant canadien sur cinq a un poids cliniquement insuffisant à la naissance, ce qui accroît les risques qu'il éprouve des problèmes de santé et de développement plus tard dans sa vie<sup>8</sup>. Les enfants de faible poids de naissance issus de milieux aisés restent toutefois avantagés du point de vue du développement par rapport aux enfants de poids de naissance normal issus de milieux défavorisés<sup>9</sup>.
- En 2000-2001, deux fois plus d'hommes et de femmes du groupe au revenu plus élevé ont qualifié leur état de santé d'excellent par rapport à ceux et celles du groupe au revenu le plus faible<sup>10</sup>.

## *Niveau d'instruction*

- Près de la moitié des adultes canadiens n'ont pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour participer pleinement à notre économie du savoir. Ils sont nombreux à être au chômage et, en conséquence, vivent souvent dans des milieux instables. L'analphabétisme expose les familles à des risques directs pour leur santé en raison, par exemple, de leur difficulté à déchiffrer le mode d'emploi sur les boîtes de lait pour nourrissons, la posologie sur les flacons de médicaments ou les renseignements fournis dans les documents d'information sur la santé et la sécurité<sup>11</sup>.
- L'alimentation des familles dont les membres sont plus instruits et ont un revenu plus élevé respecte davantage les recommandations nutritionnelles que celle des familles dont les membres sont moins instruits et ont un revenu moins élevé. Un régime alimentaire qui laisse à désirer joue un rôle dans l'apparition de nombreuses maladies<sup>12</sup>.

---

<sup>5</sup> Conseil national du bien-être social, *Les tendances de la pauvreté au Canada*, Trousse d'information *Résoudre la pauvreté*, juin 2007, <http://www.ncwcnbes.net/fr/publications/pub-126.html>

<sup>6</sup> Andrew Heisz, *Inégalité et redistribution du revenu au Canada: 1976 à 2004*, n° au catalogue 11F0019MIE - n° 298, Statistique Canada, 2007, <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=11F0019MIF2007298&ISSNOTE=1>.

<sup>7</sup> Morton Beiser et Miriam Stewart, « Réduire les disparités sur le plan de la santé : Une priorité pour le Canada », *Revue canadienne de santé publique*, volume 96, supplément 2, mars-avril 2005, <http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/2005/abstr2-s.htm>.

<sup>8</sup> Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, ICIS, 2004, [http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_39\\_F&cw\\_topic=39&cw\\_rel=AR\\_322\\_F](http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_F&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_F).

<sup>9</sup> Instituts canadiens de recherche en santé, *La santé des populations, 2005-2006*. [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/population/health\\_mpk10\\_0506\\_f.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/population/health_mpk10_0506_f.pdf)

<sup>10</sup> *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

<sup>11</sup> Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

<sup>12</sup> Instituts de recherche en santé du Canada (2005-2006), *op. cit.*

## *Contexte géographique*

- Si l'espérance de vie au Canada est parmi les meilleures au monde, elle révèle un écart de 11 ans d'un bout à l'autre du pays, le Nunavut affichant le niveau le plus bas à 70,4 et la Colombie-Britannique, le niveau le plus élevé à 81,2<sup>13</sup>.
- Le pourcentage de personnes qui déclarent être en excellente ou en très bonne santé varie aussi beaucoup d'une province et d'un territoire à l'autre, Terre-Neuve-et-Labrador se classant au premier rang, avec 68 %, et le Nunavut, au dernier rang, avec 51 %<sup>14</sup>.
- Selon les données recueillies entre 1997 et 1999, l'espérance de vie à Montréal était de 78,5 ans, mais elle variait entre 71,6 ans et 82,3 ans d'un quartier à l'autre<sup>15</sup>.

## *Situation des Autochtones*

- La situation socioéconomique des Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – est moins reluisante que celle du reste de la population canadienne à presque tous les égards (faible revenu, taux de chômage élevé, faible niveau de scolarisation<sup>16</sup>).
- L'espérance de vie des membres des Premières nations et les Inuits est en moyenne inférieure de 5 à 10 ans à celle du reste des Canadiens. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations vivant en réserve et chez les Inuits est de deux à trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne. Les blessures constituent la cause principale des décès prématurés chez les Premières nations qui vivent dans des réserves. Le taux de ces décès prématurés est quatre fois plus élevé que celui des Canadiens en général<sup>17</sup>.
- Au moins 33 % des ménages des Premières nations et des ménages d'Inuits vivent dans des logements inadéquats, insalubres et inabordables comparativement à 18 % des ménages non autochtones. La piètre qualité des logements est associée à tout un éventail de problèmes de santé. Par exemple, le taux de tuberculose augmente dans les logements surpeuplés; dans les années 1990, l'incidence de la tuberculose chez les Premières nations était au moins sept fois plus élevée que dans l'ensemble du Canada<sup>18</sup>.
- Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est cinq à sept fois plus élevé que chez leurs pairs non autochtones. Chez les jeunes Inuits, il est onze fois plus élevé<sup>19</sup>.

---

<sup>13</sup> Statistique Canada, *Tableau 102-0511 - Espérance de vie, table de mortalité abrégée à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles 2004, 2005*.

<sup>14</sup> Initiatives sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, ICIS, 2006.

[http://secure.cih.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=PG\\_471\\_F&cw\\_topic=471&cw\\_rel\\_AR\\_1217\\_F](http://secure.cih.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_471_F&cw_topic=471&cw_rel_AR_1217_F)

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Agence de la santé publique du Canada.



## Sexe

- Les femmes vivent six ans de plus que les hommes, mais sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et d'avoir des limitations d'activités à long terme. En ce qui concerne les effets de la pauvreté, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans était de 68,6 % chez les hommes des quartiers les plus aisés en 1996, et de seulement 53,4 % chez les hommes des quartiers les plus défavorisés. Dans le cas des femmes, ces mêmes probabilités s'élevaient respectivement à 79,7 % et à 73 %<sup>20</sup>.
- Le taux de tabagisme chez certains groupes de femmes augmente à un rythme inquiétant, tout comme ses effets à long terme, en particulier le cancer et les maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les parents seuls (principalement des femmes), les fournisseurs de soins non rémunérés, les homosexuels, les bisexuels et les transgenres risquent aussi particulièrement de voir leur santé compromise<sup>21</sup>.

## Autres

- Sur une période de huit ans (1994-1995 à 2002-2003), les immigrants récents de pays non européens étaient deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de signaler une détérioration de leur état de santé, malgré le fait qu'ils étaient généralement en meilleure santé à leur arrivée au Canada que les Canadiens nés ici<sup>22</sup>.
- Les personnes qui n'ont pas de contrôle sur leurs conditions de travail sont plus susceptibles de développer des maladies cardiovasculaires et d'en mourir<sup>23</sup>.
- Le tabagisme, l'obésité, un niveau de stress élevé, un revenu familial déficient et un faible sentiment d'appartenance à la collectivité ont tous des effets nuisibles importants sur la santé<sup>24</sup>.

Le Sous-comité croit qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé. Notre défi consiste à trouver des moyens pour améliorer la santé de tous les Canadiens pour qu'elle soit comparable à celle des plus en santé, sans distinction d'origine ethnique ou de situation socio-économique. Nous croyons en outre que l'adoption des mesures nécessaires pour améliorer la situation à cet égard ne sera possible que si nous parvenons à mettre en œuvre une intervention intersectorielle concertée, malgré les difficultés évidentes de cette tâche. Il y a déjà eu des initiatives fructueuses et les enseignements tirés sont suffisants pour que nous puissions agir.

<sup>20</sup> Brent Moloughney, *Le logement et la santé de la population : l'état des connaissances scientifiques actuelles*, Initiatives sur la santé de la population canadienne, ICIS, 2004, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=PG\\_284\\_F&cw\\_topic=284&cw\\_rel=AR\\_1129\\_F#full](http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_284_F&cw_topic=284&cw_rel=AR_1129_F#full).

<sup>21</sup> Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

<sup>22</sup> Instituts canadiens d'information sur la santé (2005-2006), *op. cit.*

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> *Ibid.*

## **POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION?**

Il existe de solides raisons économiques et sociales qui motivent l'amélioration de la santé. Une approche axée sur la santé de la population ne fait pas qu'améliorer la santé et réduire les disparités en matière de santé, elle se répercute aussi de façon importante sur la situation socio-économique. En vérité, les politiques et les programmes sur la santé de la population contribuent à la croissance économique, à la productivité et à la prospérité. Des enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. Les personnes en bonne santé sont plus productives; et leur productivité accrue stimule, à son tour, la croissance économique. Des citoyens en bonne santé et actifs au sein de leur collectivité contribuent à renforcer la cohésion sociale. Une population en bonne santé allège les dépenses gouvernementales au titre du soutien du revenu, des services sociaux, des soins de santé et de la sécurité. Autrement dit, la santé économique du Canada est tributaire de la santé de sa population.

La santé ne doit pas uniquement être perçue comme un actif clé du développement économique. Dans notre pays hautement civilisé, la santé pour tous doit à coup sûr être un objectif social prioritaire et une responsabilité de la société dans son ensemble. La santé est un besoin humain fondamental et, par conséquent, un droit humain fondamental. Elle est essentielle au bon fonctionnement des individus et des sociétés. Il convient donc de chercher à la préserver tout au long des différentes étapes de la vie, allant de la conception à l'enfance et de l'âge adulte à la vieillesse. Au-delà des motivations économiques, nous croyons que les gouvernements ont l'obligation morale de favoriser l'instauration de conditions sociales et économiques de nature à encourager les citoyens et les collectivités à créer et à maintenir les conditions nécessaires pour que tous les citoyens vivent en bonne santé. Ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en matière de santé dans tous les secteurs d'intervention (éducation, services sociaux et culturels, économie, environnement, fiscalité, etc.). Pour y arriver, il faudra,

bien sûr, procéder à un profond remaniement structurel des politiques gouvernementales et de l'approche adoptée par les gouvernements à l'égard de leur élaboration et de leur mise en oeuvre.

## **QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS?**

### **Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population**

Au Canada et ailleurs dans le monde, les gens sont de plus en plus sensibilisés à l'existence des déterminants de la santé et au vaste éventail de facteurs qui influent sur la santé des populations et sur la façon dont celle-ci se répartit d'un groupe de la population à l'autre. Tous les pays dont le Sous-comité a établi le profil – Australie, Angleterre, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège et Suède – se sont dotés de solides bases de données pour recueillir les indicateurs de santé et en faire le suivi. En Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique font un suivi et rendent compte régulièrement de l'état de santé de la population. La portée des disparités en matière de santé est particulièrement bien étayée en Angleterre et en Nouvelle-Zélande. Par ailleurs, l'Australie, la Finlande, la Norvège et la Suède ont instauré des programmes nationaux de recherche sur les disparités en matière de santé et sur l'effet des interventions gouvernementales visant à améliorer la santé de la population.

Comment le Canada se compare-t-il à ces pays du point de vue de la collecte, du suivi et du compte rendu des résultats et des disparités en matière de santé? Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, le Canada possède de solides données sur l'état de santé de la population selon chaque déterminant et sur les disparités en matière de santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada sont des sources d'information fiables, et il existe aussi au niveau provincial plusieurs sources utiles d'indicateurs de santé et de renseignements sur les disparités en matière de santé,



comme le Manitoba Population Health Data Repository, Community Accounts à Terre-Neuve-et-Labrador et la B.C. Health and Wellness Survey. Ces sources d'information sont des atouts qui peuvent faciliter le développement des connaissances et des preuves ciblées nécessaires pour faire avancer le dossier de la santé de la population. De façon générale, toutefois, les données et l'information actuellement accessibles comportent encore d'importantes lacunes, en particulier en ce qui concerne l'état de santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones.

Le Canada fait bonne figure au chapitre de la recherche sur la santé de la population, comme en témoignent les travaux financés ou réalisés au niveau national par les Instituts de recherche en santé du Canada, les Centres nationaux de collaboration en santé publique, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'au niveau provincial, par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, l'Institut de la santé publique du Québec, l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario, la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit et d'autres organismes semblables. Y a-t-il moyen et y a-t-il lieu de faire plus?

*Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population*

Nous avons besoin de données et d'informations plus exhaustives et plus fiables pour mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé de la population au Canada. La nature des liens entre la santé et ses déterminants est complexe, et il faut plus qu'un simple indicateur de la situation socio-économique d'usage courant, comme le revenu, le niveau d'instruction ou l'emploi, pour bien l'expliquer. Nous devons nous poser les questions suivantes : Avons-nous suffisamment d'indicateurs assez sensibles pour évaluer la portée des disparités en matière de santé et en faire le suivi? Quelles connaissances nous font défaut et comment pouvons-nous combler ces lacunes? Que pouvons-nous faire pour améliorer l'information existante sur les disparités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis? Le Canada devrait-il établir une base de données nationale sur la santé de la population et sur les disparités en matière de

santé? Quel devrait être le rôle de Statistique Canada, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que des gouvernements provinciaux et territoriaux et de leurs organismes dans l'établissement et le maintien d'une base de données nationale? Qui devrait prendre l'initiative de faciliter l'élaboration de cette base de données? Que pourrions-nous faire pour réduire le double emploi et les chevauchements et pour bien mettre à profit les ressources restreintes dont nous disposons? Y a-t-il des pays ou des provinces/territoires qui pourraient nous servir de modèles pour l'élaboration d'une base de données nationale? Comment une base de données nationale sur les disparités en matière de santé peut-elle être constituée à partir des sources déjà existantes, comme l'Initiative sur la santé de la population canadienne et le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba? De quel financement avons-nous besoin pour mettre en place une vaste et solide base de données sur la santé de la population?

*Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances*

Il est difficile de savoir quelles sont au juste les dépenses du Canada au titre de la recherche sur la santé de la population. Le Sous-comité s'est toutefois fait dire que le financement actuel n'est pas à la mesure du fardeau que représentent les disparités actuelles en matière de santé et qu'il faudrait disposer de davantage de renseignements sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les politiques et les programmes en place qui visent à améliorer la santé de la population. Quelles sommes d'argent le gouvernement fédéral devrait-il consacrer à la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé? Si un financement accru est nécessaire, quelle devrait en être la source? Faudrait-il créer un fonds spécial destiné au financement de la recherche sur la santé de la population? Quelle proportion de ce fonds devrait être consacrée à la recherche sur l'efficacité des interventions gouvernementales visant à optimiser la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé? Comment pouvons-nous stimuler la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones? Puisque la santé de cette population dépend des politiques et des mesures adoptées par tellement de secteurs d'intervention, comment les différents

organismes de recherche aux niveaux fédéral, provincial et territorial de même que dans le secteur privé, peuvent-ils établir des partenariats synergiques pour favoriser la mobilisation, le renforcement et le réseautage des milieux de recherche en santé? Qui devrait prendre l'initiative d'appliquer les connaissances de façon à mieux mettre à profit les renseignements recueillis grâce à la recherche pour orienter les politiques, les pratiques et les programmes en matière de santé de la population? À partir de l'expertise canadienne actuelle, y aurait-il lieu d'établir un programme national de recherche pour coordonner la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé?

## **Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement**

Le Canada n'a pas de plan national pour améliorer la santé en général de la population et réduire les disparités en matière de santé. Nos gouvernements n'ont pas énoncé de vision d'une société en santé, et encore moins les stratégies ou les plans d'action nécessaires pour la réaliser. Il en a été question à l'échelon fédéral, mais le gouvernement n'a pas réussi à mettre en œuvre une approche globale en matière de santé de la population.

L'Angleterre, par contre, a adopté une politique pangouvernementale singulière de réduction des disparités en matière de santé qui met à contribution 12 ministères et organismes centraux, ainsi que nombre de régies régionales et locales. Des cibles nationales précises ont été fixées en matière de réduction des disparités, et des indicateurs nationaux ont été élaborés afin de permettre la présentation de rapports quantitatifs réguliers sur les progrès accomplis. Grâce à un examen interministériel, le ministère des Finances a pu déterminer les meilleures façons d'utiliser les dépenses publiques afin de réduire les disparités en matière de santé. En Suède et au Québec, les lois sur la santé publique obligent les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé de toute nouvelle mesure législative et réglementaire. La loi adoptée en Suède comprend également des objectifs précis en matière de santé et des cibles mesurables applicables à une cinquantaine de ministères et d'organismes. La Finlande et l'Australie



préconisent aussi vivement le recours aux études d'impact sur la santé lors de l'élaboration de mesures législatives ou réglementaires et de nouveaux programmes.

*Option : effectuer un examen interministériel des dépenses*

Le Sous-comité a constaté que l'appui du ministère des Finances est particulièrement important dans chaque pays non seulement pour pouvoir compter sur des fonds suffisants pour soutenir la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, mais aussi pour être certain que les autres ministères se conformeront aux initiatives nécessaires axées sur la santé. Un ministère de la Santé qui souhaite apporter des changements aux politiques et programmes d'autres ministères afin d'améliorer la santé et réduire les disparités dans ce domaine, se heurte souvent à une résistance et à des accusations d'« impérialisme de la santé ». Mais quand c'est un organisme central comme les Finances qui prend les devants, il est beaucoup plus facile d'obtenir une véritable coopération. L'Angleterre constitue un bon exemple. En effet, l'examen des dépenses dirigé par le ministère des Finances en 2002 a servi de point de départ à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006 et a donné lieu à des engagements fermes qui, dans l'ensemble, constituaient la mise en œuvre d'une approche pangouvernementale à l'égard de la réduction des disparités en matière de santé.

Est-ce que le ministère des Finances du Canada devrait mener un examen interministériel semblable des dépenses, en collaboration avec d'autres organismes centraux? Quels ministères fédéraux l'examen devrait-il viser? Est-ce que l'examen doit aboutir à des engagements fermes? Est-ce qu'un tel examen constitue le meilleur moyen pour le gouvernement fédéral de favoriser la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population ou est-il préférable d'adopter une autre approche? Le cas échéant, quelle doit être cette approche?

*Option : se fixer des buts en matière de santé*

Des buts, des objectifs et des cibles concrets et mesurables sont des éléments essentiels d'une stratégie sur la santé de la population. Ils permettent de bien

cerner les domaines devant faire l'objet d'une attention particulière, de déterminer les données à recueillir et les indicateurs à suivre, d'établir des repères, de mesurer les progrès et d'en faire rapport. Dans les pays que le Sous-comité a étudiés, certains buts et cibles visaient des résultats précis en matière de santé (par exemple, réduction de la mortalité et de la morbidité), tandis que d'autres étaient plutôt axés sur l'adoption de modes de vie sains; seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, se sont fixé des objectifs de réduction des disparités en matière de santé.

Au Canada, entre 1989 et 1998, chaque province a énoncé des buts en matière de santé qui, dès la fin des années 1990, ont été abandonnés. En 2005, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont adopté des buts en matière de santé au Canada qui, jusqu'à maintenant, ne se sont pas traduits en stratégie nationale ou en interventions mesurables. De plus, aucune cible nationale de réduction des disparités en matière de santé n'a été fixée. Or, le Sous-comité est d'avis que l'établissement de buts peut aider à mobiliser les ressources afin d'appuyer les initiatives en santé de la population, à suivre les progrès accomplis et à en faire rapport, ainsi qu'à accélérer l'élaboration d'indicateurs de la santé et de systèmes d'information sur la santé.

Au moment d'élaborer sa politique sur la santé de la population, le gouvernement fédéral doit-il énoncer clairement des buts, des objectifs et des cibles précis? Quels buts, objectifs et cibles seraient les plus utiles pour façonner les politiques destinées à réduire les disparités en matière de santé? Ces buts et cibles doivent-ils être énoncés dans un texte de loi, comme en Suède? Faut-il adopter de nouvelles lois ou est-il possible d'inscrire les buts et cibles nécessaires dans les lois existantes? Existe-t-il des solutions non législatives qui conviendraient mieux?

#### *Option : exiger une étude d'impact sur la santé*

L'étude d'impact sur la santé (ou « évaluation des incidences sur la santé ») est un processus bien établi et couramment utilisé dans bon nombre des pays que le Sous-comité a étudiés. Elle sert à des fins diverses, notamment à examiner les déterminants de la santé ainsi que les disparités, à évaluer le rôle des politiques relevant

d'autres secteurs que celui de la santé dans la promotion et la protection de la santé, et à prendre en compte les considérations liées à la santé dans l'élaboration de politiques à l'échelle du gouvernement. La Suède et la Nouvelle-Zélande ont eu recours à des mesures législatives en matière de santé publique afin de garantir que l'étude d'impact sur la santé fasse partie intégrante des processus gouvernementaux, alors qu'en Angleterre, la formule a été prônée mais jamais mise en oeuvre.

En 1997, le mémoire sur la santé de la population recommandait notamment au Cabinet fédéral d'appliquer l'étude d'impact sur la santé aux politiques et aux programmes fédéraux. De la même façon, nombre de provinces préconisent le recours à l'étude d'impact sur la santé, et plusieurs rapports provinciaux ont recommandé que toutes les présentations au Cabinet soient assorties d'une étude d'impact sur la santé. Pour l'instant, seul le Québec est doté d'une loi exigeant que soit évalué l'impact sur la santé des projets de lois et de règlements. Le Sous-comité estime que l'étude d'impact sur la santé pourrait être considérée comme un premier pas vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population, puisqu'elle permettrait de mieux comprendre comment la plupart des politiques publiques influent d'une manière ou d'une autre sur la santé de la population. À notre avis, l'étude d'impact sur la santé est un moyen pratique d'évaluer les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet donné, en particulier les effets sur les groupes vulnérables ou défavorisés; elle pourrait maximiser les effets positifs et réduire au minimum les effets négatifs sur la santé des propositions provenant de tous les secteurs du gouvernement.

Le gouvernement fédéral devrait-il établir un mécanisme pour permettre ou exiger que toutes les nouvelles politiques publiques proposées subissent une étude d'impact sur la santé? Faudrait-il à cette fin adopter de nouvelles mesures législatives? Est-il réaliste de penser que l'étude d'impact sur la santé pourrait faire partie intégrante de tous les nouveaux programmes et politiques fédéraux? Si l'étude d'impact sur la santé fait partie de la politique fédérale sur la santé de la population, quels devraient être le rôle et les responsabilités de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et d'organismes centraux comme Finances Canada et le Conseil du Trésor?



*Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population*

Les spécialistes reconnaissent qu'il existe plus d'une façon d'améliorer la santé de la population ou de réduire les disparités en matière de santé, mais ils s'entendent pour dire que plus la stratégie gouvernementale est ciblée et intégrée, plus les chances que la santé et sa répartition évoluent dans la bonne direction sont grandes. De plus, l'examen international du Sous-comité donne à penser que le leadership des plus hautes instances, notamment des organismes centraux, est essentiel au succès d'une approche pangouvernementale en matière de santé de la population. Le Royaume-Uni est un exemple de collaboration interministérielle fructueuse : le comité du Cabinet visé regroupe une dizaine de ministères et examine les initiatives transsectorielles visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en matière de santé.

Il y a eu une tentative semblable au Canada en 1997, quand le gouvernement fédéral a donné son aval au mémoire du Cabinet sur la santé de la population; la proposition mettait à contribution 18 ministères et désignait Santé Canada comme responsable principal. Malheureusement, la coordination interministérielle des activités a échoué en raison des importantes compressions budgétaires qui ont entravé sa mise en œuvre. Seul Santé Canada a mis en pratique l'examen des programmes et des projets selon la perspective de la santé de la population. Ce qu'il faut retenir de cet échec, c'est qu'un engagement officiel de la part du gouvernement est un premier pas dans la bonne direction, mais il doit être assorti d'un financement durable et prévisible afin d'assurer une action interministérielle visant la santé de la population et une mise en œuvre de la politique de longue durée. La réaffectation des ressources à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus à long terme et seul un engagement de longue durée comparable de la part de gouvernements successifs peut en faciliter la réalisation.

Notre examen international a aussi permis de dégager une autre approche, soit établir un lien explicite entre la santé et les autres secteurs politiques. La politique sur la santé de la population émanant du ministère de la Santé en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède, est liée à des politiques distinctes sur la pauvreté,

l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les déterminants sous-jacents de la mauvaise santé (faible revenu et chômage, logement insalubre et itinérance, exclusion sociale). Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec ont adopté cette approche. Ailleurs au Canada, les approches pangouvernementales ont tendance à s'articuler autour de déterminants de la santé particuliers; ainsi, ActNow, en Colombie-Britannique, met l'accent sur l'hygiène de vie, tandis que le programme Enfants en santé Manitoba vise le développement de la petite enfance.

Il y a trente ans, le gouvernement canadien a été applaudi à l'échelle mondiale comme chef de file pour avoir élaboré la notion de santé de la population et avoir pris position en faveur de l'adoption d'une politique en la matière. Le moment est venu qu'il fasse de nouveau preuve de leadership et élabore et mette en œuvre une stratégie pancanadienne sur la santé de la population. C'est possible, puisque le gouvernement fédéral intervient déjà dans de nombreux secteurs qui influent sur la santé, l'environnement, l'agriculture, la politique économique, le soutien au revenu, la recherche en santé, l'emploi, la fiscalité, etc. Il existe donc déjà des acquis. Santé Canada a élaboré en 2001 un modèle pour orienter et mener à bien la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs.

Comment le gouvernement fédéral devrait-il s'y prendre? Doit-il s'inspirer du modèle de 2001 de Santé Canada? Doit-il adopter l'approche pangouvernementale entérinée par le Cabinet en 1997, et s'engager à garantir les fonds nécessaires? Dans l'affirmative, qui doit endosser la responsabilité de défendre le dossier de la santé de la population : Santé Canada ou un organisme central comme le ministère des Finances ou le Conseil du Trésor? Comment peut-on convaincre ces organismes de souscrire à une approche pangouvernementale à l'égard de la santé de la population? Quels autres ministères et organismes fédéraux devraient participer?

Existe-t-il des exemples de la mise en application d'approches pangouvernementales qui pourraient servir de modèles pour une approche coordonnée en matière de santé de la population – par exemple la Stratégie de lutte contre la violence

familiale, la Stratégie de réduction de la demande de tabac ou l'Initiative pour le développement durable?

Étant donné l'étendue et la complexité d'un sujet comme la santé de la population, il sera difficile, à court terme, d'en arriver à une action globale et concertée à l'égard de tous les déterminants. Serait-il plus efficace pour le gouvernement fédéral de procéder par étapes pour mettre en œuvre une stratégie en matière de santé de la population? Dans l'affirmative, est-ce que les premières étapes doivent viser les populations particulièrement vulnérables (peuples autochtones, enfants, familles à faible revenu, etc.) ou alors des déterminants de la santé particulièrement puissants comme le développement de la petite enfance, le logement, le soutien au revenu et d'autres? Le gouvernement fédéral doit-il élaborer et mettre en œuvre séparément une stratégie sur la santé et une autre sur la pauvreté?

*Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population*

Au Canada, comme en Australie, l'élaboration d'une politique sur la santé de la population se joue constamment sur fond de partage des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La santé de la population est autant du ressort du gouvernement fédéral que des provinces et territoires, et il faut absolument un processus de coordination afin de dégager un consensus et d'accroître la collaboration. De 1994 à 2004, le principal moyen de dialogue et de coordination intergouvernemental dans ce domaine était le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, qui relevait de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé. Le Comité a adopté une vision intégrée et à long terme en matière de santé de la population et a préconisé la cohérence des politiques dans tous les secteurs visés. Avec la publication en 2004 de la série de documents *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, pour la première fois au Canada, le Comité consultatif a examiné les disparités en matière de santé dans une perspective systémique au lieu d'aborder les disparités vécues par les différents segments de population. Bien que les différents ordres de gouvernements se soient engagés en principe à réduire les disparités, ils ne se sont pas



encore entendus sur des mesures à recommander et sur le choix d'un organisme pouvant jouer le rôle de chef de file pour gommer ces disparités au Canada. Manifestement, une collaboration intergouvernementale est essentielle au succès de politiques visant à réduire les disparités en matière de santé ou, d'une manière plus générale, d'une stratégie globale sur la santé de la population.

Comment le Canada peut-il transformer ces connaissances en mesures concrètes en matière de santé de la population à tous les échelons gouvernementaux? Est-ce que l'actuel Réseau de santé publique est une tribune efficace pour discuter des politiques sur la santé de la population? Faudrait-il réactiver le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population afin qu'il serve de mécanisme de collaboration pour l'élaboration d'une stratégie nationale? Est-ce que l'actuelle Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains pourrait aider à réduire considérablement les disparités en matière de santé? Pourrait-elle être une étape utile vers l'élaboration d'une stratégie plus générale sur la santé de la population?

*Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution*

Pour bien agir sur les déterminants de la santé et gommer les disparités, l'intervention doit s'étendre à tous les secteurs. Comme nous l'avons dit plus haut, il faut mettre à contribution non seulement les divers ministères, mais aussi les divers ordres de gouvernement et les partenaires non gouvernementaux. Les interventions à caractère communautaire réussissent à atteindre les populations vulnérables, à créer des réseaux locaux et à tirer parti des ressources. D'ailleurs, la participation de divers groupes de la société civile a été reconnue comme étant un élément essentiel du succès des politiques intersectorielles visant les déterminants de la santé qui ont réussi au niveau tant local que national. Il n'y a pas de modèle unique pour favoriser l'action intersectorielle, mais il existe des exemples de réussites dont le gouvernement peut s'inspirer, comme les Ententes sur le développement urbain et l'Initiative nationale pour les sans-abri.

Pour favoriser l'intervention intersectorielle, le gouvernement du Royaume-Uni a créé des bureaux régionaux qui réunissent de nombreux ministères sous un seul toit; la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador ont établi des structures régionales extérieures aux ministères de la Santé qui semblent avoir réussi à promouvoir la collaboration et les partenariats. Le Manitoba a adopté un cadre pour le développement économique communautaire afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes provinciaux.

À Cuba, les polycliniques réussissent à toucher les collectivités et à les mettre à contribution pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et favoriser le diagnostic précoce. Ces cliniques, réparties à l'échelle du pays, sont dotées d'équipes multidisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, dentistes, orthophonistes, etc.). Elles entretiennent des rapports étroits avec la population qu'elles desservent et la connaissent bien. Pour briser le cloisonnement, les polycliniques mettent l'accent sur l'intégration des ressources et le partage des responsabilités, notamment pour la formation des médecins et des infirmières, la collecte de données et le transfert de résultats de recherches scientifiques et de connaissances.

Comment le gouvernement fédéral peut-il mieux collaborer avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux? Est-ce que les exigences administratives et redditionnelles imposées aux partenaires communautaires qui participent aux initiatives intersectorielles se sont améliorées? Existe-t-il des processus d'évaluation permettant de bien rendre compte des résultats des initiatives intersectorielles dans les milieux complexes et dynamiques? Dans quelle mesure pourrait-on adapter le modèle de la polyclinique au Canada?

### **Enjeu 3 : Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone**

Comme nous l'avons dit plus haut, le fardeau des problèmes de santé, de détresse et de privation sociale pèse de façon disproportionnée sur les populations autochtones au Canada. Les disparités en matière de santé découlent des grands déterminants qui touchent tous les Canadiens, mais aussi de déterminants liés à la

colonisation et aux efforts déployés par les peuples autochtones pour retrouver un certain niveau d'autonomie gouvernementale et de pouvoir de décisions dans leurs communautés.

Étant donné sa responsabilité particulière à l'égard des peuples autochtones et son rôle crucial dans la prestation de programmes et de services à leur intention, le gouvernement fédéral est tout désigné pour amener les dirigeants autochtones à réfléchir à la façon d'aborder la santé de la population et les notions autochtones de santé pour mieux cibler, organiser et fournir les services gouvernementaux et amoindrir les disparités en matière de santé qui existent entre ces peuples et les autres Canadiens.

Nous avons signalé plus haut la nécessité d'obtenir de meilleures données sur les populations autochtones et n'en reparlerons pas ci-après.

*Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone*

Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle essentiel dans l'examen des disparités et de l'état de santé exceptionnellement mauvais chez les peuples autochtones. À l'heure actuelle, il met en œuvre une gamme complexe de programmes dans divers secteurs : santé, apprentissage continu, communautés sécuritaires et durables, logement, débouchés économiques, terres et ressources, et gouvernance et relations. Trente ministères et organismes fédéraux mettent en œuvre à l'intention des Indiens, des Inuits et des Métis, quelque 360 programmes et services qui coûtent 8,2 milliards de dollars. Cependant, ces programmes et services ne sont pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en matière de santé. La première solution consisterait à ce que le gouvernement fédéral et les dirigeants autochtones coordonnent et intègrent les activités des différents ministères et organismes qui se chargent des programmes et services visant les Canadiens autochtones, afin d'élaborer et d'appliquer une stratégie fédérale sur la santé de la population. Qui devrait être le chef de file et quels mécanismes



faudrait-il utiliser pour assurer la participation active des dirigeants autochtones à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette stratégie?

La gamme des programmes et services fédéraux offerts aux groupes autochtones varie en fonction de leur statut, des accords négociés, des compétences, des obligations découlant des traités et des décisions politiques; certains programmes sont réalisés par les gouvernements autochtones eux-mêmes ou conçus pour compléter d'autres programmes provinciaux, territoriaux et autochtones. Est-ce que ces politiques devraient être coordonnées de concert avec les autorités autochtones à l'échelon local, régional et national afin d'améliorer leur cohérence en vue d'améliorer leur effet global sur la santé de la population et de réduire les disparités en matière de santé entre les Canadiens autochtones et les autres? Est-ce que les communautés autochtones qui en sont capables pourraient jouir d'un plus grand pouvoir dans l'utilisation des ressources dont elles disposent afin d'améliorer les conditions sociales, économiques et culturelles locales et produire un meilleur bilan de santé?

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont des responsabilités en matière de santé de la population autochtone. C'est ce que souligne clairement l'Accord de Kelowna de 2005, un ambitieux plan décennal visant à combler l'écart entre les Canadiens autochtones et non autochtones dans des domaines comme l'éducation, le logement et l'infrastructure, la santé et les débouchés économiques, tous des déterminants essentiels de la santé. Que peuvent faire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, séparément et ensemble, afin de « combler l'écart » qui sépare les peuples autochtones du reste de la population?

*Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone*

Au lieu d'opter pour une approche globale, le gouvernement fédéral pourrait concentrer sa stratégie sur des déterminants particuliers. Par exemple, pour briser le cycle de la pauvreté et du piètre état de santé qui existe dans de nombreuses communautés autochtones, il faudra se pencher sur trois des déterminants fondamentaux

de la santé, soient le revenu, l'éducation et le logement. Comment faut-il modifier les politiques et les programmes actuels dans ces domaines?

Une autre approche par étape possible consisterait à améliorer l'accès à une alimentation saine dans les communautés isolées. À l'heure actuelle, le programme fédéral Aliments-poste couvre une partie du coût du transport d'aliments périssables nutritifs vers des collectivités isolées du Nord. Malgré cette subvention, un régime alimentaire nutritif coûte environ deux fois plus cher dans les communautés isolées du Nord que dans le sud du Canada, un fardeau très lourd étant donné les niveaux relativement élevés de chômage, de sous-emploi et de pauvreté dans bon nombre de ces communautés. Par comparaison, les règlements provinciaux d'un bout à l'autre du pays veillent à uniformiser le prix de l'alcool, et une bouteille coûte le même prix, qu'elle ait été achetée dans le nord-ouest de l'Ontario ou à Ottawa. Or, il est plus logique d'uniformiser le prix des aliments pour les enfants que le prix de l'alcool! Faut-il bonifier le programme Aliments-poste? Quelles autres mesures permettraient d'améliorer l'accès à des aliments nutritifs dans les collectivités éloignées?

*Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones*

Même si la situation d'ensemble est grave, l'état de santé des groupes autochtones n'est pas toujours pire que celui des autres Canadiens. En effet, de nombreuses collectivités des Premières nations ont réussi à améliorer leur bilan de santé et enregistrent des taux de suicide inférieurs aux moyennes provinciales ou canadiennes. Malgré les différences culturelles et sociales qui existent chez les Premières nations et les populations inuites et métisses et entre elles, est-ce que les expériences et les idées des dirigeants de collectivités résilientes et florissantes pourraient aider celles qui réussissent moins bien? Est-ce qu'il serait possible pour les diverses communautés autochtones de mettre en commun ces pratiques et ces méthodes efficaces et de les adapter? Le gouvernement fédéral devrait-il appuyer les efforts des Autochtones visant à accroître la capacité et le leadership, et dans l'affirmative, comment?

#### **Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique**

Il est essentiel de comprendre l'ampleur et les causes des disparités en matière de santé, ainsi que de cerner les mécanismes les plus efficaces pour les réduire. Mais il ne suffit pas de comprendre pour apporter aux politiques et aux programmes les changements nécessaires.

L'appui des hautes instances gouvernementales s'est avéré essentiel pour les stratégies en santé de la population qui ont le mieux réussi à l'étranger. Cependant, de telles stratégies nécessitent aussi une continuité à long terme; elles déraillent trop souvent lorsque des changements sont apportés au gouvernement ou lorsque des gouvernements successifs (voire le même gouvernement) modifient leurs priorités.

La sensibilisation du public, l'appui et l'engagement des secteurs autres que celui de la santé ainsi qu'un consensus sur les principales priorités sont essentiels pour nourrir la volonté politique, créer les conditions nécessaires à l'action et soutenir ces actions à long terme.

##### *Option : sensibiliser le public*

Le public reconnaît les effets qu'ont sur la santé les habitudes de vie (comme l'alimentation, l'activité physique, le tabac et l'alcool), l'accès aux soins de santé et un milieu sain. Cependant, il semble moins bien comprendre les effets des déterminants généraux, comme le développement de la petite enfance, l'éducation, le revenu et le soutien social. Les médias canadiens ont tendance à trop insister sur le rôle du système de soins de santé et du mode de vie dans l'état de santé et à ne pas assez souligner le rôle du contexte socioéconomique. Le grand public ne comprend pas facilement la notion théorique dite de la « santé de la population ». Or, comme l'opinion publique dicte souvent la conduite des gouvernements, il faut amener le public à mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la santé.



Quelle est la meilleure façon de capter l'intérêt du public à l'égard de son état de santé général? Que pouvons-nous faire pour recadrer le débat au sujet de la santé au Canada? Est-ce que le gouvernement fédéral devrait soutenir des campagnes d'information et mener des campagnes de sensibilisation du public sur l'ampleur et le coût des inégalités en matière de santé? Quel rôle les médias doivent-ils jouer pour aider le public à mieux comprendre l'idée de santé de la population? Quels devraient être les principaux partenaires dans les efforts déployés pour modifier l'attitude du public envers la santé et les disparités?

*Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé*

Même si les déterminants de la santé touchent de nombreux secteurs, l'examen de la situation fédérale, provinciale/territoriale et internationale réalisé par le Sous-comité montre que le secteur de la santé occupe toujours une place prédominante dans une approche axée sur la santé de la population. Pourtant, les modèles qui réussissent le mieux mettent à contribution tout un éventail de secteurs. Une des grandes forces des polycliniques à Cuba est leur capacité à intégrer la santé, l'éducation, les services sociaux, les sciences et le transfert des connaissances dans la prestation de services au niveau des soins primaires. En d'autres mots, les politiques de tous les secteurs doivent jouer un rôle en vue d'améliorer la santé de la population. Chaque secteur doit aussi participer activement dès le début si l'on veut aboutir à la réduction des disparités en matière de santé.

Existe-t-il des champions qui peuvent informer et convaincre les secteurs autres que celui de la santé de l'importance de l'enjeu pour eux? Quels sont les preuves, les pratiques prometteuses, les faits ou les arguments qui sauront les convaincre? Une fois les secteurs gouvernementaux convaincus, comment pourront-ils participer activement à améliorer la santé de la population? Comment pourrait-on recruter le secteur privé comme fervent et solide partisan de la réduction des disparités en matière de santé?

*Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires*

L'ampleur de la démarche du gouvernement dépendra en partie du niveau de soutien de la part de tout un éventail d'intervenants. Dégager un consensus aux niveaux tant communautaire, dans les provinces et les territoires, que national aidera à préparer le terrain aux politiques sur la santé de la population. Quelles sont les mesures les plus susceptibles de rallier le plus grand éventail d'intervenants? Quels sont les stratégies et les outils qui permettront de dégager un consensus sur la nécessité d'agir afin de réduire les disparités en matière de santé?





## ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
<b>39<sup>e</sup> législation 1<sup>e</sup> session</b>			
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire	22-02-2007	1
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladie chroniques		
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement	21-03-2007	2
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada	28-03-2007	2
Santé et politiques sociales dans le monde	Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde	28-03-2007	3
Université McGill	Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations	28-03-2007	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques	25-04-2007	3
Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales	25-04-2007	3
Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007	3
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007	3
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones, des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007	3

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	N° DE FASCICULE
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications	02-05-2007	3
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007	3
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique	02-05-2007	3
Observatoire Vieillesse et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007	4
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007	4
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur,	30-05-2007	4



ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	président		
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007	4
Ministère de la Santé de C.B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007	5
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007	5
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	projets, ministère de la Santé		
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Guay, analyste des politiques	01-06-2007	5
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007	5
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007	5
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
<b>39<sup>e</sup> législation 2<sup>e</sup> session</b>			
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général	22-11-2007	1
Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique	Dr. Pirooska Ostlin, chercheur principal	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Bernt Lundgren	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, présidente	30-11-2007	1
L'université McMaster	John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre	30-11-2007	1
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel	30-11-2007	1
Groupe d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, professeure et co-directrice	05-12-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2
Ministère de la santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé	11-12-2007	2
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007	2
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur	12-12-2007	2
Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008	3
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008	3
l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Glenda Yeates, présidente-directrice générale	13-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Keith Denny, gérant a l'intérim	13-02-2008	3
L'université de Manitoba	Noralou Roos, professeur, faculté de médecine	13-02-2008	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur général, initiatives stratégiques	27-02-2008	3
Finances Canada	Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale	27-02-2008	3
Conseil du Trésor du Canada	Sally Thornton, affaires indiennes et Santé	27-02-2008	3



*National Collaborating Centre for Healthy Public Policy:*

François Benoit, Scientific Director.

*National Collaborating Centre for Environmental Health:*

Dr. Ray Copes, Scientific Director.

*National Collaborating Centre for Aboriginal Health:*

Margo Greenwood, Scientific Director.

**Wednesday, May 14, 2008**

*Federation of Canadian Municipalities:*

Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting & Research.

*Canadian Council on Social Development:*

Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy.

*Atkinson Foundation:*

Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing.

*Provincial Health Services Authority, B.C.:*

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

*Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé:*

François Benoit, directeur scientifique.

*Centre de collaboration nationale en santé environnementale:*

Dr Ray Copes, directeur scientifique.

*Centre de collaboration nationale de la santé autochtone:*

Margo Greenwood, directrice scientifique.

**Le mercredi 14 mai 2008**

*Fédération canadienne des municipalités:*

Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia.

*Conseil canadien de développement social:*

Pat Steenberg, coordinatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques.

*Fondations Atkinson:*

Lynn Slotek, directrice nationale du projet, Indice canadien du bien-être.

*Provincial Health Services Authority, B.C.:*

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.



If undelivered, return COVER ONLY to:  
Public Works and Government Services Canada --  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada --  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

**Wednesday, April 30, 2008**

*Statistics Canada:*

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

*Institute of Population and Public Health:*

Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR.

*Human Resources and Social Development Canada:*

Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate.

*Indian and Northern Affairs Canada:*

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations.

**Wednesday, May 7, 2008**

*National Collaborating Centre for Determinants of Health:*

Hope Beanlands, Scientific Director.

(Continued on previous page)

#### TÉMOINS

**Le mercredi 30 avril 2008**

*Statistique Canada:*

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

*Institut de la santé publique et des populations:*

Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC.

*Ressources humaines et développement social Canada:*

Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques.

*Affaires indiennes et du Nord Canada:*

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Politiques socioéconomiques et opérations régionales.

**Le mercredi 7 mai 2008**

*Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé:*

Hope Beanlands, directrice scientifique.

(Suite à la page précédente)



CA1  
VC20  
-557



Second Session  
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la  
trente-neuvième législature, 2007-2008

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,  
Science and Technology*  
*Proceedings of the Subcommittee on*

*Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie*  
*Délibérations du Sous-comité sur la*

# Population Health

# Santé des populations

*Chair:*

The Honourable WILBERT J. KEON

*Président :*

L'honorable WILBERT J. KEON

Tuesday, May 20, 2008  
Wednesday May 21, 2008

Le mardi 20 mai 2008  
Le mercredi 21 mai 2008

### Issue No. 6

### Fascicule n° 6

**Eighteenth, nineteenth and twentieth meetings on:**  
The impact of the multiple factors and conditions that  
contribute to the health of Canada's populations —  
known collectively as the social determinants of health

**Dix-huitième, dix-neuvième et vingtième réunions concernant :**  
Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé  
de la population canadienne, appelés collectivement les  
déterminants sociaux de la santé

### APPEARING:

Shawn Skinner, Minister of Human Resources, Labour  
and Employment, Government of Newfoundland  
and Labrador

### COMPARAÎT :

Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines,  
du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement  
de Terre-Neuve-et-Labrador

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)



## THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

## LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

*Président* : L'honorable Wilbert J. Keon

*Vice-présidente* : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

## MINUTES OF PROCEEDINGS

ST. JOHN'S, NEWFOUNDLAND, Tuesday, May 20, 2008  
(18)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9 a.m., in Salon A of the Fairmont Newfoundland, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Cochrane, Cook, Keon, and Pépin (4).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

## WITNESSES:

*Newfoundland and Labrador, Department of Finance:*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics & Statistics Branch;

Robert Reid, Senior Manager, Community Accounts, Economics & Statistics Branch.

*Memorial University of Newfoundland:*

Roy West, Professor Emeritus of Epidemiology.

Mr. Hollett, Mr. Reid and Dr. West each made a statement.

At 10:45, the subcommittee suspended.

At 11:00, the subcommittee resumed.

Mr. Hollett, Mr. Reid and Dr. West answered questions.

At 12:05 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

ST. JOHN'S, NEWFOUNDLAND, Tuesday, May 20, 2008  
(19)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 1:05 p.m., in Salon A of the Fairmont Newfoundland, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

## PROCÈS-VERBAUX

ST. JOHN'S, TERRE-NEUVE, le mardi 20 mai 2008  
(18)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans le salon A du Fairmont Newfoundland, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Keon et Pépin (4).

*Également présents :* Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

## TÉMOINS :

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique;

Robert Reid, cadre supérieur, SESA, Direction de l'économie et de la statistique.

*Université Memorial de Terre-Neuve :*

Roy West, professeur émérite d'épidémiologie.

M. Hollett, M. Reid et le Dr West font chacun une déclaration.

À 10 h 45, le sous-comité suspend ses travaux.

À 11 heures, le sous-comité reprend ses travaux.

M. Hollett, M. Reid et le Dr West répondent aux questions.

À 12 h 5, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

ST. JOHN'S, TERRE-NEUVE, le mardi 20 mai 2008  
(19)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 13 h 5, dans le salon A du Fairmont Newfoundland, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Cochrane, Cook, Keon and Pépin (4).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

#### APPEARING:

Shawn Skinner, Minister of Human Resources, Labour and Employment, Government of Newfoundland and Labrador.

#### WITNESSES:

*Newfoundland and Labrador, Department of Human Resources, Labour and Employment:*

Lynn Vivian-Book, Assistant Deputy Minister, Income Employment and Youth Services;

Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy.

*Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services:*

Eleanor Swanson, Director, Wellness Team.

*Community Services Council, Newfoundland and Labrador:*

Darlene Scott, Senior Program Associate;

Peggy Matchim, Coordinator, Vibrant Communities.

Minister Skinner, Ms. Vivian-Book and Ms. Gogan each made a statement and, together, answered questions.

Ms. Swanson made a statement and answered questions.

At 2:55 p.m. the subcommittee suspended.

At 3:10 p.m. the subcommittee resumed.

Ms. Scott and Ms. Matchim each made a statement and, together, answered questions.

At 4 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

#### ATTEST:

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Keon et Pépin (4).

*  galement présents :* Odette Madore et Michael Toye, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (*Le texte de l'ordre de renvoi figure au fascicule né 1 des délibérations du comité.*)

#### COMPARAÎT :

Shawn Skinner, ministre des ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.

#### TÉMOINS :

*Ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Lynn Vivian-Book, sous-ministre adjointe, Revenu, emploi et services à la jeunesse;

Aisling Gogan, directrice, stratégie de réduction de la pauvreté.

*Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Eleanor Swanson, directrice, équipe du mieux-être.

*Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Darlene Scott, adjointe de programme principale;

Peggy Matchim, coordinatrice, Vibrant Communities.

Le ministre Skinner, Mme Vivian-Book et Mme Gogan font chacun une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

Mme Swanson fait une déclaration et répond aux questions.

   14 h 55, le sous-comité suspend ses travaux.

   15 h 10, le sous-comité reprend ses travaux.

Mme Scott et Mme Matchim font chacune une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

   16 heures, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

#### ATTESTÉ :



ST. JOHN'S, NEWFOUNDLAND, Wednesday, May 21, 2008  
(20)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9 a.m., in Salon A of the Fairmont Newfoundland, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Cochrane, Cook, Keon, and Pépin (4).

*In attendance:* Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

#### WITNESSES:

*Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services:*

Joy Maddigan, Assistant Deputy Minister.

*Newfoundland and Labrador, Department of Human Resources, Labour and Employment:*

Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy.

*Rural Secretariat, Executive Council:*

Gerald Crane, Director of partnership Research and Analysis.

*RCMP Corporate Planning and Client Services, Newfoundland and Labrador:*

Sergeant Doug Ross, Non-Commissioned Officer in Charge.

*Eastern Health:*

Lisa Browne, Planning Specialist.

*Kids Eat Smart Foundation:*

Susan Green, Consultant.

*Capital Coast Development Alliance:*

Christine Snow, Executive Director.

*Newfoundland and Labrador, Department of Finance:*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics & Statistics Branch.

Ms. Maddigan, Ms. Gogan, Mr. Crane, Sergeant Ross, Ms. Browne, Ms. Green and Ms. Snow made statements and responded to questions.

At 10:25 a.m. the subcommittee suspended.

ST. JOHN'S, TERRE-NEUVE, le mercredi 21 mai 2008  
(20)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans le salon A du Fairmont Newfoundland, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Keon et Pépin (4).

*Également présents :* Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

#### TÉMOINS :

*Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Joy Maddigan, sous-ministre adjointe.

*Ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté.

*Secrétariat rural, conseil exécutif :*

Gerald Crane, directeur, du Partenariat rural canadien, Recherche et analyse rurales.

*GRC, Planification générale et services à la clientèle, Terre-Neuve-et-Labrador :*

Sergent Doug Ross, sous-officier responsable.

*Eastern Health :*

Lisa Browne, spécialiste de la planification.

*Kids Eat Smart Foundation :*

Susan Green, consultante.

*Capital Coast Development Alliance :*

Christine Snow, directrice exécutive.

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.

Mme Maddigan, Mme Gogan, M. Crane, Sergent Ross, Mme Browne, Mme Green et Mme Snow font des déclarations et répondent aux questions.

À 10 h 25, le sous-comité suspend ses travaux.

At 10:45 a.m. the subcommittee resumed.

Mr. Hollett responded to questions.

At 12:08 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

À 10 h 45, le sous-comité reprend ses travaux.

M. Hollett répond aux questions.

À 12 h 8, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du sous-comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

## EVIDENCE

ST. JOHN'S, Tuesday, May 20, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** We are delighted to be here, and I am delighted to be back in St. John's. I like the current Fairmont, but I think I liked the old Hotel Newfoundland better. I spent a week in Hotel Newfoundland many years ago when I was a visiting professor at Memorial University, and it just happened to coincide with St. Patrick's Day, and I never heard so much good music in all my life.

In any event, we deeply appreciate your joining us. As you know, the Subcommittee on Population Health is addressing the determinants of health, particularly in Canada, and particularly addressing the health disparities and what can be done to correct them. We are very interested in what you have been doing here in Newfoundland and look forward to hearing from you.

We have this morning from the Department of Finance, Alton Hollett, who is the Assistant Deputy Minister, Economics & Statistics Branch; from Memorial University, Dr. Roy West, Professor Emeritus of Epidemiology — our paths have crossed before in life; and from the Department of Finance, Robert Reid, Senior Manager, Community Accounts, Economics & Statistics Branch.

Without further ado, we will begin with Mr. Hollett.

**Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics & Statistics Branch, Department of Finance, Government of Newfoundland and Labrador:** Good morning. I should first welcome Newfoundlanders home, and non-Newfoundlanders, well, we are really glad you are here and we certainly appreciate your interest in our work. In reading your papers and your documents, I realized that we have a great deal in common. I find it interesting that we have been in some sense walking parallel paths for a long time, I expect. I am not quite sure of the history of your group, but we have been soldiering away doing what we consider to be God's work for quite a few years.

We began our work in Community Accounts around 1998, which goes back some time. I would like to tell you a little about the Community Accounts, where they came from and what we are trying to achieve, and I also wanted to talk a bit about the conceptual framework we are using. Not that I can tell anybody in this room much about the determinants of health or the

## TÉMOIGNAGES

ST. JOHN'S, le mardi 20 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour étudier, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** C'est un bonheur pour nous d'être là, et c'est un bonheur pour moi d'être de retour à St. John's. J'aime bien le Fairmont où nous logeons en ce moment, mais je crois que je préférerais le vieil hôtel Newfoundland. J'y ai passé une semaine à l'hôtel Newfoundland il y a bien des années de cela, à l'époque où j'étais professeur invité à l'Université Memorial, et il se trouve que ça tombait le jour de la Saint-Patrick. Je n'ai jamais entendu tant de bonne musique de ma vie.

Quoi qu'il en soit, nous apprécions au plus haut point le fait que vous vous soyez joints à nous. Comme vous le savez, le Sous-comité sur la santé des populations se penche sur la question des déterminants de la santé, particulièrement au Canada, et en particulier sur les disparités qui existent sur ce plan et ce qu'il est possible de faire pour les corriger. Cela nous intéresse beaucoup de savoir ce que vous êtes en train de faire à cet égard à Terre-Neuve. Nous avons hâte d'en entendre parler.

Ce matin, nous accueillons, du ministère des Finances, Alton Hollett, qui en est le sous-ministre adjoint à la Direction de l'économie et de la statistique; de l'Université Memorial, le Dr Roy West, professeur émérite d'épidémiologie — nos chemins se sont déjà croisés — et, du ministère des Finances, Robert Reid, cadre supérieur, Community Accounts, Direction de l'économie et de la statistique.

Sans plus tarder, nous allons écouter M. Hollett.

**Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique, ministère des Finances, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Bonjour. Aux Terre-Neuviens, je dirais d'abord : bienvenue chez vous. Quant aux autres, eh bien, nous sommes vraiment heureux de vous recevoir et, certes, nous apprécions l'intérêt que vous portez à nos travaux. En lisant vos documents, j'ai pris conscience du fait que nous avons beaucoup en commun. Je trouve cela intéressant de savoir que nous évoluons sur des chemins parallèles, d'une certaine façon, et depuis un bon moment, j'imagine. Je ne suis pas très certain de l'histoire de votre groupe, mais nous persévérons dans cet effort que nous assimilons à l'œuvre de Dieu depuis bon nombre d'années déjà.

Nous avons commencé à travailler aux comptes communautaires autour de 1998, ce qui veut dire que ça fait un bail. J'aimerais vous donner quelques précisions sur les comptes communautaires, sur leur origine et sur leur but, et j'aurais voulu aussi toucher un mot à propos du cadre conceptuel que nous employons. Pas que je puisse en apprendre à bien des gens ici au



determinants of well-being, but I can tell you how we think about it, and I would like to talk a bit about it and show you how our thinking is structured around these various determinants of well-being and determinants of health.

I will illustrate what we believe has been a major innovation in developing community interests and usage of the Community Accounts. Towards the end I will summarize by telling you about the path that we have travelled, which I think is what I called it on the slide, and about where we are planning to go in the future. That is the structure of what I will say. I will not get into anything in huge depth or detail, but I would be happy to answer any questions that I can.

I am very pleased that Dr. Roy West is with me this morning. He has been a great colleague with us for many years, and he and his colleague, Dr. Segovia, have worked for many years to develop community-level data around health to inform around the health status of individuals and families in the province. One reason I am so pleased to have Dr. West here is that he knows many things that I do not, and I feel a little bit disarmed here in a way this morning without my other colleague, Doug May, who is the conceptual architect of the conceptual framework of the Community Accounts. He is always overjoyed to answer any questions he is asked, and the more questions he is asked, the more overjoyed he becomes. Sadly, he is in Stockholm today at a conference of the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, that he and I were both supposed to attend, but we decided that we should share our efforts; I would say here and he would go over there. I think he is probably a lot smarter than I am because I am here and he is over there, not that I am not overjoyed myself to be here with you this morning. I will take you through what hopefully will be of some interest and some help in your learning about the Community Accounts.

The origins of the Community Accounts for us went back a long way. There has always been a keen interest in local area data in Newfoundland and Labrador. Citizens of Newfoundland and Labrador and people who have ever had much interaction with local politicians and with our political leaders would testify or support the position that what Newfoundlanders and Labradorians are most interested in is seeing things about their own communities. Coming to the Newfoundland & Labrador Statistics Agency, to Statistics Canada, or to Human Resources and Social Development Canada and getting a string of numbers that one has to be able to write a query for is not, we have seen over the years, very appealing to people. There has been very keen interest, but that sort of approach definitely does not work well for most people. It is fine for academics, and we at statistics agencies do not worry about them because we feel they can look after themselves. They will ask us for complex data and we will give it to them, and they can do their business; but people in

sujet des déterminants de la santé ou des déterminants du mieux-être, mais je peux vous dire quelle est notre façon d'y réfléchir, et j'aimerais traiter un peu de la question et vous montrer la façon dont notre réflexion se structure autour de ces divers déterminants du mieux-être et déterminants de la santé.

Je vais illustrer ce qui nous paraît représenter une innovation importante du point de vue des intérêts collectifs et du recours aux comptes communautaires. Vers la fin, en guise de résumé, je vous décrirai le chemin que nous avons parcouru — je crois que c'est l'expression que j'ai employée sur la diapositive — et le chemin que nous avons l'intention de parcourir à l'avenir. Voilà pour la structure de mon propos. Je ne vais pas approfondir quelque question que ce soit, donner d'amples précisions, mais je serai heureux de répondre à toutes les questions auxquelles je suis apte à répondre.

Je suis très très heureux d'être accompagné du Dr Roy West ce matin. C'est un excellent collègue à moi depuis de nombreuses années, et lui et son collègue, M. Segovia, travaillent depuis bon nombre d'années à établir à l'échelle communautaire des données sur la santé qui permettent de se renseigner sur l'état de santé des individus et des familles de la province. Une des raisons pour lesquelles je suis si heureux d'être accompagné du Dr West, c'est qu'il connaît toutes sortes de choses que je ne connais pas, et je me sens un peu désarmé ce matin en l'absence de mon autre collègue, Doug May, qui est l'architecte du cadre conceptuel des comptes communautaires. Il est toujours fou de joie de pouvoir répondre aux questions qu'on lui pose, et plus on lui pose de questions, plus il devient fou de joie. Malheureusement, il se trouve à Stockholm, aujourd'hui, à une conférence de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, et nous étions censés, lui et moi, y assister ensemble, mais nous avons décidé de nous diviser le travail; moi, je serai ici, et lui, il sera là-bas. Il est probablement beaucoup plus intelligent que moi, étant donné que je suis ici et qu'il est là-bas, pas que l'idée de me trouver avec vous ce matin ne me rend pas fou de joie. Je vais vous présenter un exposé qui, je l'espère, présentera un certain intérêt et vous aidera à mieux comprendre les comptes communautaires.

Les comptes communautaires remontent à loin. Il y a toujours eu un vif intérêt pour les données locales à Terre-Neuve-et-Labrador. Les citoyens de Terre-Neuve-et-Labrador et quiconque a déjà eu à traiter vraiment avec les politiciens locaux et nos dirigeants politiques l'attestera : ce qui intéresse le plus les gens de Terre-Neuve-et-Labrador, c'est de voir des choses qui portent sur leurs propres collectivités. Composer une requête en bonne et due forme pour obtenir une série de chiffres en s'adressant à l'agence de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, à Statistique Canada ou encore à Ressources humaines et Développement social Canada — voilà qui n'a pas été jugé très attrayant par les gens, comme nous avons pu l'observer au fil des ans. L'intérêt pour la question est très marqué, mais ce genre d'approche-là ne convient certainement pas à la plupart des gens. C'est très bien pour les universitaires, dont nous ne nous soucions pas sur ce plan dans les organismes de statistique : nous les croyons à même de se débrouiller. Ils nous demandent des données complexes, que nous

communities, community groups, community leaders and citizens in general need special products for the information to be useful to them.

Doug May and I first began working around developing data at low levels of geography back in 1985 when we both worked for the Newfoundland Royal Commission on Employment and Unemployment, and we were asking ourselves a question that we were supposed to answer for the commission: If we are trying to solve the high levels of unemployment in Newfoundland and Labrador, where did they come from? If we do not know where they come from, how do we know what we are rolling back or that we are moving forward from a perspective of improvement?

It was that particular time that we became, I would say, almost obsessed with local area data, because we really felt deficient at the time that there were inadequate data to answer many of the questions, and we began what has turned into a near lifelong crusade to try to address those deficiencies. We do feel that we have had some progress.

In the early 1990s, an economic commission was set up here. That was a time of considerable difficulty in our economy. We had tremendous out-migration, the collapse of the ground fishery and our share of the Canadian recession, and we were going through some extremely difficult times. It was a time of great stress and uncertainty for our residents, and what came out of it was a consultation where people looked at the situation we faced and made recommendations to our government with regards to what they thought was a social and economic vision for our province that would guide the government in what it does and where it is going. They talked to the people, and I was totally impressed by this; people went all across the province, the island and Labrador, and they talked to people. When they came back, they came back with a vision; and the vision was for healthy, educated, self-reliant people living in sustainable communities. There were a few other things in there too, but we do not have too much time, so I left out the ones I find less interesting. I thought it was very encouraging that people had been focused enough on their life situation that they could clearly articulate a vision for the future that they thought would actually give a better quality of life and a better level of well-being.

Out of this, of course, came a call for evidence-based decision making and policy approaches; again I was very impressed by that because it was coming from people from a wide variety of backgrounds. There was a desire that government would use the best information and knowledge that it had at its disposal to do things that would be in the best interests of the citizens. There was also a belief or a call to make sure that government should do this, and, of course, I do not have to tell you that that opened the door for the province's statistics agency. It was like Christmas for us. We actually received attention, and people were interested in the things that we love to do. It brought us into the game, and it

leur transmettons, puis ils peuvent exercer leur activité; par contre, les gens des collectivités, les groupes communautaires, les dirigeants communautaires et les citoyens doivent pouvoir accéder à des produits spéciaux pour que l'information leur soit utile.

C'est en 1985 que Doug May et moi avons commencé à travailler à la notion de données géographiques très locales, à l'époque où nous travaillions tous les deux pour la Commission royale d'enquête de Terre-Neuve sur l'emploi et le chômage. À ce moment-là, nous nous posions une question à laquelle nous étions censés trouver une réponse aux fins de la commission. Si nous essayons de régler le problème du taux de chômage élevé à Terre-Neuve-et-Labrador, il faut se demander : d'où provient-il? Si nous ne savons pas d'où il provient, comment pouvons-nous savoir si nous régressons ou si nous avançons dans le bon sens?

C'est à ce moment particulier que, dirais-je, nous sommes devenus presque obsédés par les données locales. C'est que nous nous sentions très dépourvus à l'époque, car il n'y avait pas de données adéquates qui permettraient de répondre à de nombreuses questions, et nous avons entamé un travail qui est devenu la croisade de presque toute une vie — corriger ces lacunes. Nous croyons bel et bien avoir fait quelques progrès.

Au début des années 1990, une commission économique a été mise sur pied ici. À cette époque, notre économie était marquée par des difficultés notables. L'exode était massif, la pêche au poisson de fond s'effondrait, et nous subissions notre part de la récession canadienne — et les temps étaient extrêmement difficiles. C'est une époque où nos habitants ont vécu un grand stress et une grande incertitude; ce qu'il en est ressorti, c'est une consultation où les gens ont examiné la situation et recommandé à notre gouvernement ce qu'ils percevaient comme étant une vision socio-économique cohérente pour notre province, vision qui guiderait les pouvoirs publics. Ceux-ci se sont entretenus avec les gens, et cela m'a impressionné au plus haut point; les représentants du gouvernement ont parcouru toute la province, l'île et puis le Labrador, et ils ont discuté avec les gens. Lorsqu'ils en sont revenus, ils avaient en tête une vision; et cette vision-là était celle de collectivités durables où les gens sont autonomes, instruits et en santé. Il y avait quelques autres facteurs aussi, mais, comme nous n'avons pas beaucoup de temps, j'ai écarté ce que je juge moins intéressant. À mes yeux, il était très encourageant de savoir que les gens aient pu scruter comme il faut la situation de manière à articuler clairement une vision d'avenir qui, pensaient-ils donnerait vraiment une meilleure qualité de vie et un degré plus élevé de bien-être.

Ce qu'il en est ressorti, bien entendu, c'est un appel en faveur d'approches et de décisions fondées sur des données probantes de la part de l'État; encore une fois, cela m'a beaucoup impressionné : ça venait de gens provenant de toutes sortes de milieux. Les gens souhaitaient que le gouvernement utilise les meilleures informations et connaissances à sa disposition pour adopter des mesures qui serviraient le mieux l'intérêt des citoyens. Il y avait aussi l'idée que le gouvernement devrait agir ainsi, ou un appel en faveur d'une telle chose, et, bien entendu, je n'ai pas à vous dire que cela nous a ouvert la porte à l'agence de statistique de la province. C'était comme si Noël était arrivé pour nous. Nous



made a lot of the work that we had done previously for the royal commission and the economic commission very relevant to what people were asking for. We greatly appreciated being relevant, because I think many people would agree that most statistics agencies tend to be black boxes that nobody really understands very well unless they are part of that organization and culture. We do not adhere to that ourselves. Even if we had some tendencies to think or to feel that way because of the culture that we inherited over the years, certainly our learning has told us that that is not the way of the future.

In terms of building the Community Accounts, very quickly I formed a partnership with Doug May, who was at the time the head of the economics department at the university. I think it was around then that Dr. West and I became acquainted, because Mr. May and Dr. West had been good colleagues for a number of years. We all put our heads together and we built a prototype based upon our vision of knowledge and upon the potential knowledge base of users, the types of people that we anticipated would be there and their needs.

I should say that I am very sensitive to dust, and I find whenever I go into a room early in the morning, and my office is worst of all, for the first 10 or 15 minutes I am gasping. However, I will be quite okay; I will not die, but I am allergic to dust. Some of you do not realize it, but you are being showered as much as I am, so I could be in some sense, I suppose, a canary in the mine, but if you hear me gasping, that is what it is about. Mr. Reid is quite used to that. He waits until the gasping is over. Sometimes he uses my gasping phase to make his points too, I should add.

We formed a partnership and began to build a prototype, and we shaped our data by extending the process through collaboration, partnering, engagement with citizens, officials, and experts in a variety of areas. We did not just go in there and do our own thing as we saw it. We really did try to engage with people who could help us and who were experts.

Two things served us very well. One is we had support from the premier at the time. That is very important, especially as I look at it retrospectively. The other thing, of course, is that we realized up front that it was very important to engage with people and make sure that we were doing things that would be relevant.

We also realized at that point that the majority of the people we would be providing data to were not technically strong. We knew our clientele, and we had a pretty good idea what kind of people potentially were on the receiving end, especially as we were

avons reçu beaucoup d'attention, pour vrai, et les gens s'intéressaient aux choses que nous adorons faire. Cela nous a fait entrer dans la danse, et une bonne part des travaux que nous avions déjà réalisés pour la commission royale d'enquête et la commission économique devenait très pertinente, compte tenu de ce que les gens demandaient. Nous avons grandement apprécié le fait d'être pertinents : bien des gens le diront, je crois, la plupart des agences de statistique tendent à ressembler à une boîte noire que personne ne comprend très bien à moins d'en faire partie et d'en saisir la culture. Nous ne sommes pas nous-mêmes de cet avis. Même si nous avons parfois de telles pensées ou de tels sentiments, compte tenu de la culture qui nous a été léguée au fil des ans, certes, nous avons appris que ce n'était pas là le chemin de l'avenir.

Quant à l'éducation des comptes communautaires, très rapidement, je dirai que j'ai créé un partenariat avec Doug May, qui dirigeait à l'époque le département d'économie à l'université. C'est plus ou moins à cette époque, je crois, que M. West et moi avons lié connaissance. M. May et le Dr West étaient de bons collègues depuis un certain nombre d'années déjà à ce moment-là. Nous avons réuni nos esprits et conçu un prototype à partir de notre vision de la connaissance et de la base de connaissance éventuelle des utilisateurs, des types de personnes qui seraient de la partie, et de leurs besoins.

Je dois dire que je suis très sensible à la poussière et je constate que, quand j'arrive dans une pièce tôt le matin, et mon bureau est le pire de tout, je cherche mon souffle durant les 10 ou 15 premières minutes. Tout de même, je m'en tirerai bien; je ne vais pas mourir, mais je suis allergique à la poussière. Certains d'entre vous ne le savent pas, mais vous recevez cette pluie de poussière tout autant que moi, si bien que je serais, je suppose, comme le canari de la mine. Si vous m'entendez chercher de l'air bruyamment, c'est cela qu'il s'agit. M. Reid est tout à fait habitué. Il attend que la crise se passe. Parfois, il profite du fait que j'ai de la difficulté à respirer pour faire valoir quelques points, dois-je ajouter.

Nous avons créé un partenariat et commencé à édifier un prototype, et nous avons donné forme à nos données en étendant le processus par divers moyens — collaboration, partenariats, sollicitation de citoyens, recours aux responsables officiels et aux experts de divers domaines. Nous ne nous sommes pas contentés de foncer et de faire le travail comme nous aurions jugé bon de le faire. Nous avons vraiment essayé de solliciter la participation des gens qui pouvaient nous aider et qui tenaient lieu d'experts en la matière.

Deux faits nous ont très bien servis. Premièrement, nous avions l'appui du premier ministre de ce temps-là. C'est très important, surtout quand j'y pense aujourd'hui. L'autre chose, bien entendu, c'est que nous avions déterminé au départ qu'il était très important de solliciter la participation des gens et de s'assurer que notre travail allait être pertinent.

Nous nous sommes également rendu compte à ce moment-là que la plupart des gens auxquels nous allions fournir des données ne possédaient pas une grande compétence technique. Nous connaissions notre clientèle et nous avions une assez bonne idée



interested in helping people in communities. As I said a few minutes ago, we have always felt that people like us at statistics agencies, professional economists, statisticians and other researchers who rely upon technical skills can use the data quite effectively if we provide it to them. They can do a very good job at what is needed to be done. Therefore, our focus has been citizens. We always believed that Newfoundlanders are smart, capable, resilient people who can face anything and survive. When I first took over the statistics agency, I told Ivan Fellegi I thought the one thing that we had possibly omitted bringing into the development equation was good, solid evidence and information so that we knew what we were playing around with. I guess, in some sense, Doug May, Roy West, myself, and Robert Reid, and our friends and colleagues with whom we worked for many years, set out in that quest to try to put data in people's hands that meant something to them. I will make a few comments as I go to reflect my belief that it has worked out fairly successfully.

We did realize that in providing huge amounts of data, there was a high likelihood that we would overwhelm people. When you talk about building a better mouse trap, when I think of it in the context of economic theory, our experience certainly has been that a better mouse trap is no guarantee that we are going to see a big up-tick in GDP. Simply put, there is a big gap between creating a useful product that has potential and getting it to the point that it is being used and being useful to people. I think that is probably the biggest learning experience we have had.

The principles upon which we did our work were that we believed that users have to readily identify the topics that they are interested in, and helping people to know themselves and their community better is a key objective of the data that we provide. We also used what some people refer to as "knowledge translation." We sometimes refer to it as "knowledge management," but I think it is all pretty close to the same thing. The way we see it is that data are numbers; information is numbers that are organized; and knowledge is data and information that are organized and that we work with on the basis of input from citizens, whom we respect as experts in their knowledge areas, so that we can make products that are useful to people. As you will see as I go through our presentation this morning, our approach to Community Accounts is very much a knowledge-building approach.

Out of the economic and social plans that were put in place back in the early 1990s came the idea of evidence-based decision making. We began to feel that the work we were doing was

du genre de personnes qui se retrouveraient probablement au bout de la transmission, surtout que cela nous intéressait d'aider les gens dans les collectivités. Comme je l'ai dit il y a quelques minutes, nous avons toujours cru que les gens comme nous, dans les organismes de statistique, les économistes de profession, les statisticiens et autres chercheurs qui font appel à des compétences techniques peuvent d'ores et déjà faire un bon usage des données dès que nous les leur fournissons. Ils arrivent très bien à faire ce qu'il faut faire. Par conséquent, nous devons nous concentrer sur le citoyen. Nous avons toujours cru que les Terre-Neuviens sont des gens intelligents, compétents et persévérants qui peuvent faire face à n'importe quelle situation et survivre. Lorsque j'ai pris les rênes de l'agence de statistique, j'ai dit à Ivan Fellegi que, selon moi, l'élément que nous avions peut-être omis de l'équation du développement, c'était l'accès à des informations solides et rigoureuses pour savoir ce à quoi nous avions affaire. D'une certaine façon, j'imagine, Doug May, Roy West, Robert Reid et moi-même, ainsi que les amis et collègues que nous avons côtoyés pendant de nombreuses années, nous nous sommes engagés dans cette quête pour essayer de mettre entre les mains des gens des données ayant pour eux une certaine signification. Au fil de mon exposé, je vais formuler quelques observations pour faire voir pourquoi, à mon avis, cela a assez bien marché.

Nous savions tout de même que les gens auxquels nous allions fournir des quantités énormes de données allaient probablement se sentir submergés. S'il est question de mettre en œuvre quelque perfectionnement que l'on ait pu trouver, quand j'y songe dans le contexte de la théorie économique, d'après notre expérience, certes, je dirais que le perfectionnement ne garantit en rien que le PIB augmentera en flèche. En termes simples, il existe un grand écart entre la création d'un produit utile qui présente un bon potentiel et une mise en application telle que les gens se serviraient du produit et que le produit sera utile aux gens. Je crois que c'est probablement l'enseignement le plus important que nous ayons tiré de l'affaire.

Nous avons fondé notre travail sur certains principes : nous étions d'avis que les utilisateurs devaient pouvoir cerner aisément les thèmes qui les intéressent; et aider les gens à mieux se connaître eux-mêmes et à mieux connaître leur collectivité représente un objectif clé du travail que nous accomplissons pour faire circuler les données. De même, nous avons recouru à un procédé que certains qualifient d'« application des connaissances ». Nous parlons parfois de « gestion des connaissances », mais ces notions-là sont assez proches les unes des autres. Dans notre façon de le voir, les données sont des chiffres; l'information, c'est des chiffres mis en ordre; les connaissances, ce sont des données et des informations mises en ordre et auxquelles nous travaillons à partir de l'apport des citoyens, que nous respectons en tant qu'experts de leur champ de connaissance, en vue d'en arriver à des produits qui sont utiles aux gens. Comme vous le verrez au fil de mon exposé ce matin, notre approche des comptes communautaires s'apparente tout à fait à une approche qui vise à construire un savoir.

L'idée de la prise de décisions fondée sur des données probantes est issue des projets socio-économiques mis en place au début des années 1990. Nous avons commencé à croire que nos

building a very good foundation for evidence-based decision making. At the top of our list of priorities was sharing data. We believed that if government collects data, and people like us have it and we understand it, that we really should get it out there and have it in people's hands so that it can help them. People who have heard me say that are often surprised, but we really believe that there is a large role for data and statistics to help people, and that is where our minds and our hearts are as we do these things. We do our best to help government departments, and they are big users of our products, but they have capacity that communities do not have. We feel that the gap there is community, and we try very hard to think about the communities.

Rather than getting into huge detail, I always like at this point when I am talking about the Community Accounts to make it clear to people what the Community Accounts are. In essence, the Community Accounts are data for 400 communities. We have got 215 neighbourhood areas, which we released a few months ago. I believe some people think that we do not have neighbourhood-level data. I have heard that on a couple of occasions, but that is not correct. Anybody who thinks that needs to go back and look at our products because they change every day as we share more and more. There are data and indicators from many geographies. In essence, then, the Community Accounts are a set of data, a set of indicators, and they cross the social and the economic domains.

I will talk to you a little bit about the conceptual framework and how we organize it and what that does, and then Mr. Reid will give you a better sense of the depth of the data and the indicators.

When we first began with the Community Accounts, as I said earlier, we were coming from a call to report on the people of Newfoundland and Labrador from the perspective of their being healthy, educated, prosperous and sustainable. When we talk about sustainable, we talk about demographics and a wide variety of key things. Our thinking went also to the structure concept that these things contribute to well-being. Therefore, we looked at what we do as a well-being framework.

This fell directly out of an element of government policy back a number of years ago, a strategic social plan that was in use that called for these things. When we were trying to provide quantitative data for the strategic social plan, we looked at what was being called for and then we said, okay, how could we reflect these ideals in statistics. For example, in terms of prosperous, you might think of income; in terms of healthy, you might think of health; in terms of sustainable, you might

travaux constitueraient une très bonne assise à la prise de décisions fondée sur des données probantes. En tête de notre liste des priorités, il y avait l'échange des données. Nous croyons que là où le gouvernement réunit des données et que des gens comme nous en disposent et les comprennent, il y a lieu vraiment de faire circuler les données, de les mettre entre les mains des gens pour qu'elles puissent leur être utiles. Souvent, les gens qui m'entendent dire cela sont surpris, mais nous sommes vraiment d'avis que c'est là un rôle important qu'il faut attribuer aux données et aux statistiques : aider les gens. C'est le point d'ancrage de notre cœur et de notre esprit dans toute cette histoire. Nous faisons de notre mieux pour venir en aide aux ministères, qui sont de très importants utilisateurs de nos produits, mais il faut dire qu'ils possèdent des moyens que ne possèdent pas les collectivités. Nous estimons qu'il y a un écart de ce côté-là, et nous réfléchissons énormément aux collectivités.

Lorsque je traite des comptes communautaires, au point où j'en suis en ce moment, plutôt que de me perdre dans les détails, j'explique clairement aux gens de quoi il retourne. Essentiellement, les comptes communautaires sont des données établies en rapport avec 400 collectivités. Nous avons des données sur 215 zones de voisinage, que nous avons publiées il y a quelques mois. Je pense que certaines personnes croient que nous n'avons pas de données à l'échelle du quartier. J'ai entendu cela à quelques reprises, mais ce n'est pas vrai. Quiconque est de cet avis devrait revoir nos produits, qui changent tous les jours au fil d'échanges de plus en plus importants. Ce sont des données et des indicateurs qui portent sur de nombreuses zones géographiques. Essentiellement, les comptes communautaires sont donc un ensemble de données, un ensemble d'indicateurs, qui recoupent les domaines sociaux et économiques.

Je vais vous parler un peu du cadre conceptuel et de la façon dont nous l'organisons, du but qui lui est attribué, puis M. Reid vous donnera une meilleure idée de la profondeur des données et des indicateurs.

Au départ, comme je l'ai dit plus tôt, nous travaillions aux comptes communautaires parce qu'on nous avait donné pour commande d'établir à l'intention des gens de Terre-Neuve-et-Labrador un bilan touchant la perspective qu'ils avaient énoncée : être en santé, être instruit, être prospère et avoir une collectivité durable. Quand nous parlons de collectivités durables, nous parlons de démographie et de toutes sortes d'autres facteurs. Notre réflexion s'articulait également autour de la notion structurelle selon laquelle ces choses-là contribuent au bien-être. Nous avons donc envisagé notre travail comme étant un travail qui vise à établir un cadre de bien-être.

Cela provenait directement d'un élément de la politique gouvernementale adoptée il y a plusieurs années de cela, un plan social stratégique où ce genre de choses était préconisé. Pour essayer d'établir des données quantitatives en rapport avec le plan social stratégique, nous avons regardé quels étaient les objectifs, puis nous avons dit : d'accord, comment traduire ces idéaux-là en statistiques. Par exemple, pour ce qui est d'être prospère, on peut penser au revenu; pour ce qui est d'être en santé, on peut penser à



think of demographics, and so on. That is where our original structure came from.

When we went into this, we did not have truckloads of brilliance to be unloaded and brought in from the back of the building. When we started to do things, we followed our instincts; we drew upon our knowledge of what we felt worked and did not work in the past, and we created what we thought would be useful to people and would respond to citizens and policy-makers in an intuitive and sensible way, so that when people looked at what we had, they could see themselves in it and not see just a query that did not make any sense to them, that the numbers would be something that stood between them and what they actually needed.

Looking at this slide, you can see how these areas or domains would be familiar to you because they are mostly the ones that are also thought of in the population health model. A key difference in our way of thinking as we developed this model is that our focus is more or less on well-being, whereas the population health thinking is more focused on health and that particular outcome. We would see health as contributing to one of the variables affecting our domains that contribute to well-being.

We have arrows there to reflect relationships between domains. We do not use this diagram anymore because we have moved on, which I will tell you about. The reason we put the arrows there was to remind people that all these things are linked and interact together. These factors are related, and it is the interactions and their outcomes that contribute to well-being as we observe it, whether that is more or less.

We actually won the IPAC award from the Institute of Public Administration of Canada a few years ago for knowledge management, and after that event, a professor from the Université de Montréal called wanting me to talk about what the innovation was. He said that governments are not known for being innovative, but he wanted to talk to us because what we had done was seen as innovative.

I realized that the innovation was not the data we were providing them, and it was not the use of computer software, because anybody with some money could use the computer software that we use. Likewise, building the data requires effort and skills, but it is achievable; you do not need a magic wand to do it, you just need a little bit of money and a lot of patience. The innovation, in my mind, retrospectively, was actually bringing in that conceptual framework. We organized our data so that if someone wants data on income, they will hit that little box that says income; if they want something on health, they will hit that little box on health. However, when they look at the topics that

la santé, bien entendu; pour ce qui est d'une collectivité durable, on peut penser à la démographie et ainsi de suite. Voilà d'où venait notre structure de départ.

Au moment de nous lancer, nous ne disposions pas d'une réserve inépuisable d'intelligence supérieure à laquelle faire appel au besoin. Au moment de nous engager dans l'exercice, nous avons suivi notre instinct; nous avons mis à profit notre connaissance de ce qui nous paraissait avoir fonctionné, ou pas, dans le passé, et nous avons créé ce qui nous paraissait être utile aux gens et répondre aux citoyens et aux décideurs d'une façon intuitive et raisonnée; à regarder nos données, les gens pouvaient donc s'y retrouver et ne voyaient pas uniquement une requête n'ayant aucun sens à leurs yeux; les chiffres n'allaient pas constituer une sorte de mur qui se dresse entre eux et ce qu'ils avaient vraiment besoin de savoir.

Si vous jetez un coup d'œil à la diapositive, vous verrez en quoi les secteurs ou domaines indiqués vous sont familiers; pour la plus grande part, c'est ce qui est évoqué quand il est question du modèle de la santé des populations. En élaborant notre modèle, nous en sommes arrivés à un élément clé qui distingue notre façon de réfléchir à la notion. Notre modèle insiste plus ou moins sur le bien-être, alors que la réflexion sur la santé des populations s'attache davantage à la santé et aux résultats relevés à cet égard. Nous voyons la santé comme étant un élément qui contribue à l'une des variables des domaines d'action qui, pour nous, contribuent au bien-être.

Nous avons mis là des flèches qui témoignent des relations entre les domaines. Nous n'utilisons plus le diagramme, car nous sommes passés à autre chose, chose dont je vais vous parler. La raison pour laquelle nous avons mis là des flèches, c'est pour rappeler aux gens que ces choses-là sont liées, qu'elles interagissent. Ce sont des facteurs interreliés, et ce sont les interactions et le produit des interactions qui contribuent au bien-être tel que nous l'observons, plus ou moins.

Nous avons remporté le prix de l'Institut d'administration publique du Canada il y a quelques années dans la catégorie de la gestion du savoir et, à la suite de la remise du prix, un professeur de l'Université de Montréal m'a appelé pour me parler de ce qu'était l'innovation en question. Il a déclaré que les gouvernements ne sont pas connus pour leur esprit d'innovation, mais il voulait nous parler parce que nous avions fait quelque chose de novateur.

Je savais bien que l'innovation ne résidait pas dans les données que nous fournissions aux gens ni dans la façon d'utiliser les logiciels d'informatique, car quiconque avait de l'argent pouvait tirer parti des logiciels de cette façon. De même, construire les données exige de l'effort et de la compétence, mais cela peut se faire; pas besoin d'avoir une baguette magique, il suffit d'avoir un peu d'argent et beaucoup de patience. L'innovation, selon moi, à y penser aujourd'hui, résidait en vérité dans la mise en application de cadres conceptuels. De la façon dont nous avons organisé nos données, si quelqu'un souhaite se renseigner sur le revenu, il clique la petite case qui dit « revenu »; s'il souhaite se renseigner



we are saying we will report on, people can literally see themselves in it.

Doug May and I have had that experience, in particular when we talk to municipalities and do presentations. There was a fear at first within some quarters of our government that when these data were going to be out there, bad things would happen, the media would descend upon us and it would be terrible. People were worried that the clerk would have to spend a lot of time trying to help the politicians deal with all the terrible things our data were going to say that government had not done. We have never seen that. I am not saying it cannot happen, but what we have seen with the media is what we have seen with mayors in municipalities and other leaders: when they look at the data and they realize what we have there, that it is information about their community, they become most intrigued by what they see. They become keenly interested.

For example, a few years in Arnold's Cove we showed the Community Accounts to members of the Chamber of Commerce. They asked eight or ten questions, got it straight in their minds what we had there, and then they went into a discussion. They said they had not thought it was like that. They asked how it looked compared to Sunnyside. They wondered about Southern Harbour and the local area. They said they have got to revisit what they were thinking of doing, because that is not what they thought was there.

People see their community's health situation and the things that are contributing, and they find it very useful. I received an email one night when I was working at home from a mayor out on the west coast of Newfoundland. He wrote, "Dear Mr. Hollett, I just finished using the Community Accounts. I thought it would be very unfair if I did not take a minute to email you and say thanks very much, and please do not stop what you are doing." He said, "If we did not have the results of the Community Accounts, we would not be able to afford the data to know our communities as well as we do. By the way, it allows us a platform for all of us mayors to talk to each other and to understand on a common basis."

I must say that was both reflective of what we often see and also very encouraging, because when you are using modern technology — I always tell people this when they ask who is using our data — it is something like serving a buffet from behind a screen; you are passing out all this food that you have put great effort into preparing and it sure looks good and smells good, and you think that you have got a wonderful product, but then you are passing it out and you do not know whether the people are taking Graval or if they are just walking away saying, "Why did they do that to us?"

sur la santé, il clique la petite case qui dit « santé ». Lorsque les gens regardent les thèmes que nous proposons, ils peuvent s'y retrouver immédiatement.

Doug May et moi, nous avons eu cette expérience-là, en particulier lorsque nous avons parlé aux municipalités et présenté des exposés. Au début, dans certains milieux de notre gouvernement, on craignait la possibilité qu'une fois les données en circulation quelque chose de mauvais se produirait, les médias nous tomberaient dessus, et ce serait terrible. Les gens s'inquiétaient de ce que le commis ait à consacrer beaucoup de temps à aider les politiciens à combler toutes les lacunes terribles que nos données allaient relever du côté du gouvernement. Or, il n'en a jamais été question. Je ne dis pas que ça ne peut pas arriver, mais ce que nous avons vu, du côté des médias, c'est ce que nous avons vu chez les maires des municipalités et d'autres dirigeants : lorsqu'ils examinent les données et se rendent compte de ce qu'ils y trouvent, que c'est de l'information à propos de leur collectivité, ce qu'ils voient les intrigue au plus haut point. Ils portent alors un vif intérêt à la chose.

Par exemple, il y a quelques années, à Arnold's Cove, nous avons présenté les comptes communautaires aux membres de la Chambre de commerce. Ces gens-là ont posé huit ou dix questions, se sont fait une idée juste de ce que nous proposons, puis ils se sont mis à discuter. Ils ont dit qu'ils ne croyaient pas que la situation était comme cela. Ils ont demandé comment ça se comparait avec Sunnyside. Ils se sont demandé ce qu'il en était de Southern Harbour et des environs. Ils ont dit qu'ils devaient repenser leurs projets parce qu'ils n'avaient pas auparavant une évaluation juste de la situation.

Les gens voient le bilan de santé de leur collectivité et les facteurs qui y contribuent, et ils voient que c'est très utile de le savoir. Un soir, en travaillant à la maison, j'ai reçu un courriel provenant d'un maire de la côte ouest de Terre-Neuve. Il a écrit : « Monsieur Hollett, je viens de finir de recourir aux comptes communautaires. J'ai cru qu'il serait très injuste de ma part de ne pas prendre une minute pour vous envoyer un message par courriel et vous dire : merci beaucoup. Je vous en prie, n'abandonnez pas ce travail. » Il a ajouté : « Si nous n'avions pas accès aux comptes communautaires, nous n'aurions pas eu les moyens de payer les données voulues pour connaître nos collectivités aussi bien que nous les connaissons. Soit dit en passant, c'est une plate-forme qui nous permet à nous tous, les maires, de discuter et de s'entendre sur la compréhension des choses. »

Je dois dire que cela témoigne de ce que nous voyons souvent et aussi que c'est très encourageant, étant donné que recourir à la technologie moderne — je dis toujours ceci aux gens lorsqu'ils me demandent qui utilise nos données —, c'est comme travailler depuis l'arrière de l'écran à un buffet : vous faites circuler toute cette nourriture que vous avez mis beaucoup d'efforts à préparer et, diable, que ça a l'air bon et que ça sent bon, et vous croyez que vous avez là un produit merveilleux, mais vous faites circuler cela sans savoir si les gens qui sont à l'autre bout prennent du Graval ou s'ils s'éloignent tout simplement de la table en disant : « Pourquoi nous ont-ils servi cela? »

It is very encouraging when we get that kind of feedback, but that has been our experience. I would argue that if we had not taken the approach that we took, which is organizing our data in a way that reflects the lives of people, I would not be here talking to you this morning. You could talk to anybody else across Canada in a similar business, in the statistics business, and he or she would have a product that is only marginally different from what we would have produced, and you could have saved yourself airline tickets, time, and all of the rest of it, and the Newfoundlanders would not have had a chance to step onto their native soil. We would not have had a story to tell that is of great interest to you.

Doug May and I have debated this endlessly, and I have been pushing him to get all his thoughts written up before he tires of it all, to tell his story in terms of the connections, the relationships, the indicators. I truly believe that showing people themselves is the innovation. Anybody could do it as well as we have; it is just that most people have not, and I do not quite understand that.

I refer to this next slide as the system of Community Accounts, and I say that because when we get to the information that I will go through now, when we get to the point that we are with the information that remains here, the concept of the system of Community Accounts reflects that our thinking has changed significantly. Before we had various domains that talked about different aspects of life, but as time passed we looked at the way things were moving across the world, the thinking on the subject matter, what people needed, and some of the conceptual deficiencies out there. Dr. May put a lot of effort into trying to bring it all together, and we now see the Community Accounts as a complete system that relates social and economic factors to the environment, to our natural resources and to how these things contribute to well-being.

I found your report very interesting. It was the first time I had seen those statistics, and it was satisfying to read what you said about the impacts of the various health outcomes, where the health care system contributes 25 per cent; broad genetic endowment, 15 per cent; and then social and economic environment, 15 per cent. Only a third of Canadians recognized these important links. Dr. May and I talked so many times about the same thing, that people are unaware of these relationships. They look at income separate from poverty, or they look at crime separate from poverty, and they look at poverty separate from health.

I am a founding member of the Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities, and we promote the population health way of thinking. I always preach or lecture that a big thing that needs to be achieved is that the average person in the street really needs to begin to understand these things. I know this is

Il est très encourageant de recevoir ce genre de réaction, mais voilà ce qu'a été notre expérience. Je dirais que si nous n'avions pas adopté l'approche que nous avons adoptée, c'est-à-dire organiser nos données d'une façon qui reflète la vie des gens, je ne serais pas là pour vous parler ce matin. Vous pouvez parler à quiconque s'adonne à une activité semblable au Canada, dans le domaine de la statistique. Il ou elle vous dira qu'il a un produit qui n'est pas très différent de ce que nous proposons nous-mêmes, et, voilà, vous auriez pu économiser le prix des billets d'avion, le temps consacré à l'affaire et tout le reste, et les Terre-Neuviens n'auraient pas eu l'occasion de fouler de nouveau le sol de leur province natale. Nous n'aurions pas à vous raconter une histoire qui présente pour vous un grand intérêt.

Nous en avons débattu interminablement, Doug May et moi, et je fais pression sur lui pour qu'il rassemble ses idées sous forme écrite avant de se lasser de tout cela, de raconter son histoire pour ce qui touche les liens, les relations, les indicateurs. Je suis vraiment d'avis que l'innovation réside dans l'idée de montrer aux gens ce qu'ils sont. N'importe qui aurait pu le faire aussi bien que nous; c'est simplement que la plupart des autres ne l'ont pas fait, et je ne comprends pas tout à fait pourquoi.

Sur la prochaine diapositive, j'évoque ce que j'appelle le système des comptes communautaires. Si je le dis comme cela, c'est que, lorsque nous obtenons l'information que je vais parcourir maintenant, lorsque nous arrivons au point où nous avons en main l'information qui demeure ici, le concept du système de comptes communautaires fait voir que notre réflexion a évolué considérablement. Avant, nous avions divers domaines qui évoquaient divers aspects de la vie, mais, au fil du temps, nous avons étudié la façon dont les choses évoluent partout dans le monde, la réflexion sur le sujet, ce dont les gens ont besoin et certaines des lacunes conceptuelles qui existent. M. May a mis beaucoup d'effort à tout rassembler les morceaux du puzzle et, maintenant, nous voyons les comptes communautaires comme un système complet qui relie, d'une part, les facteurs sociaux et économiques, et, d'autre part, l'environnement, nos ressources naturelles. Et il montre la façon dont ces choses-là contribuent au bien-être.

Votre rapport m'a paru très intéressant. C'est la première fois que j'ai pu voir ces statistiques-là, et il était satisfaisant de lire ce que l'on a dit soi-même à propos de l'impact de divers résultats sanitaires; le système de santé qui compte pour 25 p. 100; le bagage génétique général, pour 15 p. 100, et puis l'environnement social et économique, pour 15 p. 100. Le tiers seulement des Canadiens reconnaissent les liens importants qu'il y a là. M. May et moi avons maintes et maintes fois discoursé là-dessus; les gens ne sont pas conscients de ces liens-là. Ils dissocient le revenu de la pauvreté ou encore ils dissocient la criminalité de la pauvreté et ils dissocient la pauvreté de la santé.

Je suis membre fondateur de l'Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities, où nous préconisons une réflexion axée sur la santé de la population. Je recommande ou je prêche toujours que la toute première chose à faire, c'est de faire en sorte que monsieur tout le monde commence à saisir ces



probably an academic ideal, but I do not see it that way. I do think that we have got an awful long way to go there.

I will skim through the actual framework that has evolved over time, bearing in mind what we started from, those few boxes that were tied to the vision, values and goals of the strategic social plan. Our focus is on well-being, and we have adjusted some of the domains from the earlier piece over time. It will be obvious to this group that there are large overlaps between the concept of well-being and the concept of population health. For example, we would tend to see population health as contributing to overall well-being. A key difference, besides a couple of other things I will mention quickly, between the population health model and the well-being model as we have it here is more focus and the degree of disaggregation and where we put things.

One thing I really like about our conceptual framework relative to any other I have seen anywhere else in the world — and we do have a good network and are fairly well informed, as best one can be in a small province located in a small corner of a big world — is that we brought in the production economy. Our initial framework was right along here, which is very close to a population health way of thinking, but with the well-being focus. Then we brought in our ecosystem, our natural resources, knowledge capital, capitalized patents and that sort of thing. The American statistics bureau breaks it that way, and we liked it, so we said we would do that too.

Basically, we are bringing in the production side of our economies where we are talking about the infrastructure used for production, and we have begun to relate these various pieces that relate to the production processes. We believe that that is very important, because of course these are all integral to the well-being and the health of our society and population. The simplest way to put it, I suppose, is that if we go into a massive recession, and there are some worries that the United States might, and if production declines significantly, you will see that feeding back in many ways, everything from incomes, to stress, to possibly even demographic impacts.

However, I did not come here to trace you through all these linkages. The main point here is that we have brought in the production economy, our natural resources, and the ecosystem, which is a big step forward from where we actually began.

A small point here is that we do think of these things in terms of the multiplicity of potential dimensions. We look at our data over time, and we look at it geographically, as I mentioned before,

choses-là. Je sais que c'est probablement un idéal d'universitaire que j'énonce là, mais je ne vois pas les choses ainsi. Je crois quand même qu'il y a énormément de travail à faire de ce côté-là.

Je vais passer rapidement sur le cadre lui-même, qui a évolué au fil du temps, en gardant à l'esprit les éléments qui ont été nos points de départ, ces quelques cases auxquelles nous avons rattaché la vision, les valeurs et les objectifs du plan social stratégique. Nous nous attachons d'abord et avant tout à la notion de bien-être et nous avons rajusté certains des domaines au fil du temps. Aux yeux du groupe ici réuni, il est évident que les notions de bien-être et de santé de la population se recoupent largement. Par exemple, nous avons tendance à croire que la santé de la population est un élément qui contribue au bien-être général. Mis à part quelques autres facteurs que je vais mentionner rapidement, il y a un élément clé qui distingue le modèle de santé de la population et le modèle de bien-être, et c'est une plus grande attention accordée à l'élément central, le degré de dissociation des données et l'emplacement des éléments.

Il y a un aspect de notre cadre conceptuel que j'apprécie particulièrement en comparaison avec les autres cadres que j'ai vus partout ailleurs dans le monde — et nous avons bien un bon réseau et nous sommes assez bien renseignés, du mieux qu'on puisse le faire dans une petite province située dans un petit recoin d'une grande planète —, c'est que nous avons intégré la notion d'économie de production. Notre cadre initial était tout juste ici, ce qui est très proche d'une approche de santé de la population, mais avec la notion de bien-être à l'avant-plan. Puis, nous avons intégré notre écosystème, nos ressources naturelles, le capital de connaissance, les brevets capitalisés et les autres trucs du genre. Le bureau américain de la statistique découpe les notions de cette façon-là, ce que nous aimions; nous avons donc décidé de le faire nous aussi.

Essentiellement, nous faisons entrer dans le schéma la production de nos économies, c'est-à-dire l'infrastructure qui sert à produire, et nous commençons à relier les divers éléments ici aux processus de production. Nous croyons que c'est très important, étant donné que, bien entendu, tout cela fait partie intégrante du bien-être et de la santé de notre société et de notre population. J'imagine que la façon la plus simple de le dire, c'est de dire que si nous entrons dans une période de récession généralisée, et certains s'inquiètent de cette possibilité dans le cas des États-Unis, et que la production connaît une baisse importante, vous allez constater l'effet de retour à de nombreux égards, depuis le revenu jusqu'au stress éprouvé, en passant peut-être même par la démographie.

Cependant, je ne suis pas venu ici pour vous initier à tous ces liens. L'idée principale, c'est que nous avons intégré la notion d'économie de production, nos ressources naturelles, l'écosystème aussi, ce qui est un grand progrès par rapport à notre point de départ.

Ce n'est pas un point très important à faire valoir, mais disons que nous réfléchissons à ces choses en songeant à la multiplicité des dimensions éventuelles. Nous regardons les données



but we look at the various groups: children, youth, seniors, women, immigrants, Aboriginals, people with disabilities, and others that are relevant as time passes.

This one here is very important. Many of you have probably heard people comment that gross domestic product does not really reflect well-being, and I think that is a legitimate case to make. One of the most frequently used examples is that we could have a war and we could have gross domestic product going through the roof, but that does not necessarily reflect an improved well-being of the population. I think most people would agree with that.

There are a couple of points to be made about this issue. First, gross domestic product was never intended to measure well-being. It was designed to measure the output of the economy; that is its focus. Second, the people who designed the various national accounts that were developed to support the measurement of gross domestic product also envisaged the implementation of social accounts, which is in the direction, I guess, that we have been making some contribution. However, after we brought in the production economy, we wanted to remind people who said that gross domestic product does not measure well-being that, in spite of the differences there and divergences in concepts and in terms of impacts and outcomes, if you actually look at the economic equation — which you will find in any economics textbook, and I am sure anybody in this room who has ever done economics will recognize that gross domestic product is equal to the sum of consumption, investment, government expenditure, exports minus imports — you can see here that our income relates to consumption, that investment relates back to the infrastructure that goes into the production process, and you can see government expenditures on education and on health. The point is simply that all these factors are tied together, and we cannot throw away the production economy because people have not come to describe the health of a population on the basis of what is happening in that when they look at the other domains.

We do talk about that, because that challenge needs to be confronted by many people across this country. We have excellent colleagues all across the country for whom we have a great deal of respect, and some of them talk a lot about the deficiencies of GDP, but they do not talk about where it fits in the overall well-being or population health equation, and we brought that in. I mention that this morning because our framework brings it all together in that way.

Another point that I wanted to make, and I have only a few more, is that we see the Community Accounts framework as a determinants of determinants sort of a model. By taking well-being, we got ourselves into discussing subjective material, things that are not as easily measured, but through the approach that we have taken here, we are beginning to take qualitative subject matter — or what has historically been more subjective

accumulées au fil du temps et, comme je l'ai déjà dit, nous regardons les divers groupes sur le plan géographique : les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les femmes, les immigrants, les Autochtones, les personnes handicapées et d'autres catégories jugées pertinentes, au fil du temps.

Voici quelque chose de très important. Bon nombre d'entre vous avez déjà probablement entendu des gens mentionner que le produit intérieur brut ne reflète pas vraiment le bien-être, et je crois que c'est là un argument légitime. Un des exemples qui reviennent le plus souvent, c'est celui où nous entrons en guerre et que le produit intérieur brut connaît une augmentation vertigineuse, mais que cela ne reflète pas forcément une amélioration du bien-être de la population. Je crois que la plupart des gens seraient d'accord sur ce point.

Il y a encore quelques points à faire valoir à propos de cette question. Premièrement, le produit intérieur brut n'a jamais été conçu pour mesurer le bien-être. Il a été conçu pour mesurer la production de l'économie; c'est à cela qu'il se rattache. Deuxièmement, les gens qui ont conçu les divers comptes nationaux que l'on a imaginés pour soutenir la mesure du produit intérieur brut ont envisagé aussi la mise en application des comptes sociaux, ce à quoi nous avons apporté une certaine contribution, j'imagine. Tout de même, après avoir intégré l'économie de production, nous voulions simplement rappeler aux gens qui affirment que le produit intérieur brut ne mesure pas le bien-être que, malgré les différences et les divergences au chapitre des concepts et aussi des impacts et des résultats, si vous regardez vraiment l'équation économique dans son ensemble — que vous êtes à même de trouver dans tout manuel d'économie, et je sais très bien que quiconque, parmi les personnes présentes ici, a déjà étudié l'économie reconnaîtra le fait que le produit intérieur brut est égal à la somme de la consommation, de l'investissement, des dépenses gouvernementales, des exportations moins les importations — vous voyez là que notre revenu est lié à la consommation, que l'investissement est relié à l'infrastructure mise en place au profit de la production, et vous voyez ici les dépenses de l'État consacrées à l'éducation et à la santé. Pour dire les choses simplement, tous ces facteurs-là sont reliés, et nous ne pouvons mettre au rancart l'économie de production du fait que des gens n'en sont pas venus à décrire la santé de la population à partir de ce qui se passe là, en examinant les autres domaines.

Nous traitons de cette question-là parce que c'est un défi que les gens du pays sont nombreux à devoir relever. Nous avons dans tout le pays d'excellents collègues auxquels nous vouons un très grand respect, et certains d'entre eux parlent des lacunes du PIB, mais ils ne parlent pas de la place qu'il occupe dans l'équation générale du bien-être ou de la santé de la population, et nous avons intégré la notion. Si je mentionne cela ce matin, c'est que notre cadre réunit tous ces éléments-là de cette façon-là.

Je voulais dire aussi, et il ne me reste que quelques trucs à dire, que nous concevons le cadre des comptes communautaires comme un modèle des déterminants des déterminants plus ou moins. En adoptant la notion de bien-être, nous avons abordé des éléments subjectifs, des trucs qu'il n'est pas aussi facile de mesurer, mais, par l'approche que nous avons adoptée ici, nous commençons à prendre la matière qualitative — ou ce qui était

matter and is becoming less so now, but it has been that way for some years — and turning it into a more qualitative way of thinking. When we think, for example, of population health, we would think of the various determinants of health. We think of health as being a determinant of well-being, and then the determinants of health are a determinant of health, so we think of it as determinants of determinants in the system that we have here. This is how Dr. May has illustrated our determinants of population health. Again I think you will see clearly that in the differences between our thinking there and the thinking of this particular group, the domains are not radically different.

When we began this work back in the late 1990s, we were considered a bit odd talking about well-being. Most people in the business provided statistics, and that was pretty much the long and the short of it. We also noted recently that about 66 per cent of all articles written on well-being have been there since 2002, and I commented when we were at the IPAC session when we won the award that it reminded me a lot of Elvis Presley's song lyric about a whole lot of talk and not too much action. When we talked to our skilled and learned colleagues across North America, we saw that people were asking where you would get the data, and then after a while they became interested in what would be the right indicator. However, at that time nobody was talking about well-being, and I think they thought of us as a bunch of touchy-feely types who did not fit into good science. We were never daunted, and we always had the luxury of coming back to Newfoundland where there were not too many of those people, so we could get a break from that. We did not drop our ideas and we have been happy, but what has moved us from happiness to joy now is to see that so many other people across the world are going the same way that we went. They have not discovered us, but we have discovered them. I should say many of them have not discovered us. I note that a Sarkozy task force in France is taking a well-being approach, and there are many other groups. We have also done a lot of work with the Canadian Index of Wellbeing, and much of our thinking fits well into what they do. A big difference between what they are doing and what we are doing, of course, is that we want to drive the information factors out down to the community level and in a great deal more detail. We actually prefer to stay away from indexes ourselves.

Indexes are spooky to a lot of people, even though they are not without their merit. Mr. Reid will show you how we display our data. We have had citizens tell us that they want ways to look at this data and they want to understand it in such a way that they are not suspicious that we have used technical hocus-pocus to give them something that we tell them is such and such when they do not have the skills to know for sure that we are giving them the

historiquement une matière qualitative et qui l'est moins maintenant, mais c'est comme cela depuis un certain nombre d'années — et la soumettons à une réflexion qui est davantage quantitative. Si par exemple nous songeons à la santé de la population, cela nous amène à penser aux divers déterminants de la santé. Nous concevons la santé comme un déterminant du bien-être, et puis les déterminants de la santé sont un déterminant du bien-être; nous voyons là des déterminants des déterminants dans le système que nous avons ici. Voilà comment M. May a illustré nos déterminants de la santé de population. Encore une fois, je crois que vous allez voir clairement les différences entre notre réflexion ici et la réflexion de ce groupe particulier; les domaines ne sont pas radicalement différents.

Au début de nos travaux à la fin des années 1990, on nous considérait comme un peu étranges du fait que nous parlions du bien-être. La plupart des gens du domaine créaient des statistiques, essentiellement, et puis c'est tout. De même, nous avons noté récemment qu'environ 66 p. 100 des articles parus sur la question du bien-être ont été rédigés depuis 2002, et, à la séance de l'IPAC où on nous a remis un prix, j'ai dit que cela me rappelait beaucoup le texte de la chanson d'Elvis Presley : un peu moins de conversation, un peu plus d'action. En discutant de la question avec nos éminents collègues de toute l'Amérique du Nord, nous avons constaté que les gens demandaient d'abord où ils pouvaient se procurer les données, puis, après un certain temps, ils voulaient savoir quel était le bon indicateur. Tout de même, à ce moment-là, personne ne parlait de bien-être, et je crois qu'on nous percevait comme un groupe de types un peu émotifs qui ne s'adonnaient pas à une science rigoureuse. Nous ne nous sommes jamais laissés démonter et nous avons toujours eu le luxe de pouvoir revenir à Terre-Neuve, là où les gens de ce genre ne sont pas trop nombreux; nous pouvions donc avoir un répit. Nous n'avons pas laissé tomber nos idées et nous avons été heureux de ce choix, mais ce qui nous a fait passer du bonheur à la joie, aujourd'hui, c'est de voir qu'un si grand nombre de personnes partout dans le monde se lancent sur le même chemin que nous. Ils ne nous ont pas découverts, mais nous, nous les avons découverts, eux. Je devrais dire que nombre d'entre eux ne nous ont pas découverts. Je prends note du fait qu'il existe en France un groupe de travail sous Sarkozy qui adopte l'approche du bien-être, et il y a de nombreux autres groupes aussi. De même, nous avons beaucoup travaillé de concert avec les responsables de l'indice canadien du mieux-être, et notre réflexion, pour une grande part, est tout à fait compatible avec leurs travaux. La grande différence entre ce qu'ils font et ce que nous faisons, bien entendu, c'est que nous voulons approfondir les facteurs d'information à l'échelle communautaire et aboutir à une précision qui est nettement plus grande. De fait, nous préférons nous tenir loin des indices eux-mêmes.

Les indices font peur à bien des gens, même s'ils ont leurs mérites. M. Reid vous montrera comment nous affichons nos données. Des citoyens nous ont dit qu'ils souhaitent examiner les données et qu'ils souhaitent les comprendre de façon à ne pas avoir à se méfier de tours de passe-passe techniques de notre part — qui ferait que nous leur présentons les choses en disant « Voici ce à quoi ça revient » — alors qu'ils ne possèdent pas les



real thing or to know what it really means, because by the time they work the math through it does not really mean what they think it means; so they said no hocus-pocus.

In the Community Accounts, besides creating clean data, in other words getting rid of the anomalies and the noise, the Community Accounts data truly is straightforward. The vast majority of it can be understood quite easily by people with low levels of statistics and mathematical skills, and that means that it can be used and understood by people who probably do not have any but who have enough interest that they will put the energy into actually using what we give them.

I was very glad to see your statistics there, because I thought that what you saw in population health, we see in well-being. There is a very thin line, I think, between the two.

I will show you the headline indicators, which we use in the interest of making things understandable. Mr. Reid and his staff put in data across the various domains, and if somebody wants to know what is going on in Corner Brook, where Mr. Reid comes from, or Arnold's Cove, where some of my family come from, or Port Au Port, where Senator Cochrane comes from, and when Senator Cook was with us, we looked as best we could, given the deficiencies of postal codes, at where she came from, she does not have to get in there and dig around with a calculator and an Excel spreadsheet and do all sorts of additions to try to figure out what is happening there. She can get the bird's eye view just by looking at the headline indicators. They are the tip of the iceberg. They can give you a good idea what your data are telling you, and if you want to know more, and if you have the intestinal fortitude, you can always click on to the data tables and then, of course, the world shall be enlightened. There is all sorts of things there, but the important thing is the bird's eye view.

I cannot go past this without taking a minute to mention Dr. Jorge Segovia. Dr. Segovia worked with Dr. West. Dr. Segovia has since passed away, but he was a wonderful colleague of ours. He was a great visionary in many ways and certainly in terms of the contribution that he made to help create useful data in Newfoundland and Labrador. He created a set of data for Newfoundland that goes back to the 1980s and a couple of times in the 1990s, and then we picked it up in 2000, and Dr. West and I have been working hard to try to inspire other people now to bring it up to date so that we will have a comprehensive set of data that can look at things at the community level. Dr. Segovia was working with samples of 12,000 for Newfoundland and Labrador, which is quite large. You can do very good work with that. My point about Dr. Segovia is that he thought about people and he was determined and dedicated throughout his life to put good data in people's hands that would allow us to understand things.

compétences nécessaires pour être sûrs que nous leur présentons quelque chose de vrai ou pour savoir ce que ça veut vraiment dire, car, après avoir passé tout le temps à faire les calculs, ils s'aperçoivent alors que ça ne veut pas vraiment dire ce qu'ils pensaient — alors ils ont dit : pas de tours de passe-passe.

Avec les comptes communautaires, outre le fait de créer des données épurées, autrement dit d'éliminer les anomalies et le bruit... les données des comptes communautaires se présentent de façon assez simple. Dans la grande majorité des cas, les gens peu rompus à la statistique et aux calculs peuvent les comprendre assez facilement, et cela veut dire qu'elles peuvent être comprises et utilisées par des gens qui ne possèdent aucune compétence en statistique et en calculs, mais qui s'intéressent suffisamment à la question pour y mettre l'énergie qu'il faut pour utiliser vraiment les données que nous leur présentons.

J'ai été très heureux de voir vos statistiques, là. J'ai pensé : ce que vous voyez en santé de la population, nous le voyons en bien-être. La ligne de démarcation entre les deux est très mince, à mon avis.

Je vais vous montrer les indicateurs thématiques que nous employons pour que ce soit plus facile à comprendre. M. Reid et son personnel ont inscrit les données dans divers domaines et si quelqu'un souhaite savoir ce qui se passe à Corner Brook, d'où vient M. Reid, ou à Arnold's Cove, d'où vient une partie de ma famille, ou à Port-au-Port, d'où vient le sénateur Cochrane... puis lorsque le sénateur Cook est venue nous voir, nous avons regardé du mieux que nous pouvions, étant donné les lacunes que présentent les codes postaux, là d'où elle vient, et elle n'a pas eu l'occasion de se lancer et de creuser la question munie d'une calculatrice et d'un chiffrier Excel et de faire toutes sortes d'additions en vue de déterminer ce qui se passe là. Elle peut se donner une vue d'ensemble en choisissant simplement les indicateurs thématiques. Ceux-ci représentent la pointe de l'iceberg. Ils révèlent bien ce que révèlent les données et, si vous voulez en savoir plus et si vous avez l'estomac solide, vous pouvez toujours cliquer sur les tableaux de données puis, bien entendu, le monde s'illuminera. Il y a toutes sortes de choses là, mais ce qui importe, c'est la vue d'ensemble.

Je ne peux passer au point suivant sans prendre d'abord une minute pour mentionner le Dr Jorge Segovia. Le Dr Segovia a travaillé avec le Dr West. Le Dr Segovia nous a quittés depuis pour un autre monde, mais c'était pour nous un collègue merveilleux. Un grand visionnaire sur de nombreux points et, certainement, sur le travail qu'il a fait pour nous aider à créer des données utiles à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour Terre-Neuve, il a créé une série de données qui remontent aux années 1980, et il a repris du service quelques fois pendant les années 1990, puis nous avons pris le relais en 2000, et nous trimons dur, M. West et moi-même pour essayer d'inspirer d'autres personnes à actualiser la série. De cette façon, nous aurons un ensemble complet de données qui portent sur les facteurs en question à l'échelle communautaire. M. Segovia travaillait à partir d'échantillons de 12 000 pour Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui est assez volumineux. Le travail effectué à partir d'un tel échantillon peut être très bon. À propos de M. Segovia, je veux dire qu'il pensait



One day we were at a meeting when we were working on the survey. Dr. West and Dr. May were late, so there were Dr. Segovia, myself and a couple of other people. Dr. Segovia was about 75 years old, but he was a handsome gentleman. He looked like Zorro; he had a pointed beard, and he was a vigorous man. He was an impressive man. What he said illustrated his concern about people, and I think that concern is what drove him to do the things he did, which inspired us, because he put all this data here at low levels so that we could get it out there so that people in communities could know it. He said, "I was at the mall this weekend and I noticed that many of the young children now, young girls especially, are wearing these really short shirts." He said, "What horrifies me about it are the bellies we see." He said there are so many overweight children, and "They have no idea what they are going to be facing in 30 or 40 years time — the implications of their diets and what they are doing right now." That reflected his tremendous concern about trying to put information out there. He knew that it probably would not be used effectively in his lifetime, but he knew that we as citizens needed to understand the implications of what is happening. I thought I should mention that because he and Dr. West, in their quest for providing data at low levels of geography, have been a real inspiration to us, and we have certainly absorbed that into the Community Accounts.

I showed Dr. May my slides this morning, and he said he would not have done it this way but he guessed it would be suitable for the needs of the Senate committee. That was one of his more well-stated corrective comments. I told Dr. May when I first saw what he had done here that I really like it because we hear so much about the health care system, but I do not think we do a good job of showing people what is there. We are talking about hospitals, pharmacies, a whole system that is inherently infrastructure but that is broken down into components that people can think about, and then, of course, we relate that once again to people. He would not have put it there because he would have said, "Here is our health account structure; now let us talk about the headline indicators."

However, I wanted to make the simple point in the end that the structure of our health account, along with the data that we will build up over the years to reflect these things, gives people a way of breaking down what otherwise they probably would not think of or would not be able to break down because they would not have the knowledge or the patience, and it gives them a way of thinking about what is out there that affects their lives from a health care perspective.

aux gens et aussi qu'il a été déterminé et dévoué toute sa vie durant à la tâche qui consiste à mettre de bonnes données entre les mains des gens, ce qui nous permet de comprendre les choses.

Un jour, nous nous étions réunis pour travailler à l'enquête. Le Dr West et le Dr May étaient en retard; et il y avait donc le Dr Segovia, moi-même et quelques autres personnes. Le Dr Segovia avait environ 75 ans, mais c'est un homme qui avait fière allure. Il ressemblait à Zorro; il avait une barbichette pointue, et il était vigoureux. C'était un homme impressionnant. Ce qu'il a dit illustre en quoi il se souciait des gens, et je crois que ce souci est ce qui l'a poussé à accomplir ce qu'il a accompli, ce qui nous a inspirés, étant donné qu'il a fait établir toutes ces données à des échelles réduites, pour que nous puissions les faire circuler et faire en sorte que les gens des collectivités puissent être au courant. Il a dit : « J'étais au centre commercial en fin de semaine et j'ai remarqué que beaucoup des jeunes maintenant, surtout les filles, portent un chandail qui est vraiment court. » Et il a dit : « Ce qui m'horrifie, ce sont les bedaines que je vois. » Il a dit qu'il y avait un si grand nombre d'enfants qui sont gros et « ils n'ont aucune idée de ce qui les attende dans 30 ou 40 ans — des conséquences de leur régime alimentaire et de ce qu'ils font en ce moment ». Cela montre à quel point il se souciait de l'idée de faire circuler l'information établie. Il savait que ça ne s'utiliserait probablement pas de manière efficace de son vivant, mais il savait que nous devions, en tant que citoyens, comprendre les conséquences de ce qui se produit. J'ai cru bon de le mentionner étant donné que lui et le Dr West, en menant cette quête pour approfondir les données d'un point de vue géographique, ont été une véritable source d'inspiration pour nous tous, et nous avons certainement absorbé cela dans les comptes communautaires.

J'ai montré mes diapositives au Dr May ce matin, et il a dit qu'il n'aurait pas procédé de cette façon, mais qu'il imagine que la chose convenait aux besoins du comité sénatorial. C'est parmi les mieux articulés de ses commentaires correctifs. La première fois où j'ai vu le résultat du travail qu'il a fait ici, je lui ai dit que j'appréciais vraiment cela : nous entendons tellement parler du réseau de la santé, je ne crois pas que nous soyons aptes à montrer aux gens ce qu'il en est. Nous parlons des hôpitaux, des pharmacies, de tout un système qui intrinsèquement, est infrastructurel, mais qui est décomposé en éléments auxquels les gens peuvent réfléchir et, ensuite, bien entendu, nous refaisons le lien avec les gens. Il n'aurait pas mis la chose là, car il aurait dit : « Voici notre structure de compte pour la santé; parlons maintenant des indicateurs thématiques. »

Tout de même, je voulais dire quelque chose de simple : au bout du compte, la structure de notre compte santé, avec les données que nous avons accumulées au fil des ans en fonction de ces facteurs, donne aux gens une façon de ventiler ce qu'ils ne seraient probablement pas capables d'imaginer autrement ou qu'ils ne seraient pas capables de ventiler parce qu'ils ne possèdent pas les connaissances ou la patience voulues, et c'est une façon pour eux de réfléchir aux facteurs qui ont une incidence sur leur vie du point de vue de la santé.

We do this sort of thing across all our various domains. Our beginning framework I saw as an innovation. The continuation of that innovation is that we continue to drive these pieces down into smaller and smaller elements so that they are easier to understand and they come much closer to describing people's lives. That is what will get people interested.

Lastly, I want to mention the road we have travelled. When we started, we started with the income accounts, which were totally a point of curiosity for us. We saw an opportunity there to prepare income data down at the community level. We thought it was useful. The strategic social plan came on stream, so we directed our work from what was pure economic work and working with Statistics Canada to take in social variables.

We realized early on that our work would have no credibility if we could not get good exposure across Canada. Even then, the assistant deputy minister would go to the minister responsible for the project we were working on and tell her, "Minister, you should see what Mr. Hollett and Dr. May have done; it is wonderful, and you should look at it." The minister would say, "but what about the Genuine Progress Indicator." There was a feeling that we could do this but that the real heavy lifting would have to be done somewhere else. I told Dr. May Doug it is like starting a band. You have to play the roughest old places first and pay your dues, work your way along and build your credibility. When people think that you might have something there that is worth listening to, you get to where there are others who know more and are better and you can have a true exchange of knowledge. You will get there, and you will develop the credibility as you go. I said, "Until our deputy ministers and our leaders can go to the mainland and hear that something is good is being said about the work in Newfoundland, they will always be wondering whether there is something better out there."

We went across Canada at least three times, working our way through the conferences. Nova Scotia asked us to help them implement a version for themselves, which we did. They have a working version. They changed the name, which I did not appreciate. They told me they would not, but they did, and I have to live with it; still, it is basically our system. We are currently working with the Prince Edward Island government. It was announced in the speech from the throne that Prince Edward Island wants to adopt the Newfoundland and Labrador Community Accounts for its purposes and to support its engagement policies. In recent years there has been a lot of interest in our work from the Australians. Dr. May and I were there for twelve days. They worked us like dogs. They had us in just about every meeting room in Australia talking about it, but it was good. From that, we connected with the OECD, and they have been very keen. As I mentioned earlier, Dr. May is speaking in Stockholm today.

Nous menons ce genre d'exercice pour tous les domaines qui sont les nôtres. Je voyais notre cadre de départ comme une innovation. La continuation de cette innovation réside dans le fait que nous continuons à creuser de plus en plus en profondeur, ce qui donne des éléments de plus en plus petits, qui sont faciles à comprendre et qui sont beaucoup plus près de la vie des gens. C'est cela qui va intéresser les gens.

Pour terminer, je veux mentionner le chemin que nous avons parcouru. Au début, nous avions les comptes de revenu, qui représentaient tout à fait une curiosité à nos yeux. Nous avons vu là l'occasion de préparer des données sur le revenu à l'échelle communautaire. Nous avons cru que c'était utile. Le plan social stratégique est arrivé, si bien que nous avons réorienté nos travaux. Nous avons délaissé le travail purement économique et le travail fait de concert avec Statistique Canada pour adopter plutôt des variables sociales.

Dès le début, nous avons pris conscience du fait que nous n'aurions aucune crédibilité si notre travail n'était pas bien connu partout au Canada. Même là, le sous-ministre adjoint allait voir le ministre responsable du projet auquel nous travaillions et lui disait : « Madame la ministre, vous devriez voir ce que M. Hollett et le Dr May ont fait; c'est merveilleux, et vous devriez y jeter un coup d'œil. » La ministre répondait : « Mais qu'est-ce qu'il en est de l'indicateur de progrès réel? » Nous avions le sentiment de pouvoir arriver à notre but, mais que le gros du travail devait se faire ailleurs. J'ai dit au Dr May : « Doug, c'est comme un nouveau groupe de musique qui se lance. Il faut faire ses armes dans les petites salles des mauvais quartiers, travailler avec persévérance et bâtir sa réputation. Lorsque les gens pensent que votre musique vaut peut-être la peine d'être écoutée, vous en êtes au point où il y en a d'autres qui en savent plus et qui sont meilleurs, et avec lesquels vous pouvez avoir un véritable échange de connaissances. Vous allez y arriver et vous allez bâtir votre réputation au fur et à mesure. » J'ai dit : « Tant et aussi longtemps que nos sous-ministres et nos dirigeants ne pourront aller sur le continent et entendre une critique positive du travail qui se fait à Terre-Neuve, ils vont toujours se demander s'il n'y a pas quelque chose de mieux qui se fait ailleurs. »

Nous avons traversé le Canada trois fois au moins, sur la route des conférences. La Nouvelle-Écosse nous a demandé de l'aider à implanter une version pour elle-même, ce que nous avons fait. La Nouvelle-Écosse a une version viable. Elle a changé le nom, ce que nous n'avons pas apprécié. Les gens m'ont dit qu'ils ne le feraient pas, mais ils l'ont fait, et je dois vivre avec cela; tout de même, c'est essentiellement notre système à nous. Nous collaborons actuellement avec le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Pendant le discours du Trône, il a été annoncé que l'Île-du-Prince-Édouard souhaite adopter les comptes communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador pour ses fins à elle et pour appuyer ses politiques de mobilisation. Ces dernières années, les Australiens se sont beaucoup intéressés à nos travaux. M. May et moi, nous nous sommes rendus en Australie pendant 12 jours. Il nous ont fait travailler comme des chiens. Il nous a fallu expliquer l'affaire dans pratiquement toutes les salles de réunion de l'Australie, mais c'était bien. De là, nous avons noué des liens avec l'OCDE, dont



We find now that the interest in our work is at much higher levels of government. Before it used to be people in departments, an analyst or some official would look at our work and think if we had this for Saskatchewan or for British Columbia we could do some good things here, so they would call us, but they would end up failing in frustration because you really need the pull from the top. Now we are getting calls from clerks of executive councils, and so on.

I mention that because maybe one of the few things that people can learn from us is what happens if you try to do this — not so much how to do it, but what happens as you travel the road, taking something that looks like curiosity where everybody is looking at you and wondering how hard you will fall and carrying it through, and that is the pathway there.

Regarding the future, Community Accounts provide a huge amount of evidence, and we will continue developing our data. A major exercise that you will probably hear more about today when you speak to my friends and colleagues from the Poverty Reduction Strategy is that we have been working hard to bring a stronger evidence base in Newfoundland to the poverty reduction strategy. A key element of that is that we build a market basket measure of low income. We will be able to look at where in Newfoundland and Labrador the number of people by low income by different family types are found, the depth of poverty, how long people have been in poverty, what are the worse cases, and so on. We know from our current data that they tend to be certain groups of seniors. Anyway, we are building this and we are waiting now for ministerial direction to release it hopefully in June.

I expect this will get a lot of national interest. It is innovative. We have taken the national methodology and put Newfoundland data in there. It has been acknowledged by Statistics Canada, which did the methodology for the national model that one of the major deficiencies in the market basket measure of low income is that it does not do well with a deficit of Newfoundland-specific data. We saw this as an opportunity to take it down to our communities and neighbourhoods so that we can look closely at what is happening. With that particular exercise, there is tremendous opportunity to begin to understand the kind of things that are happening in communities and potential solutions.

les représentants ont exprimé un intérêt très marqué pour notre travail. Comme je l'ai déjà dit, le Dr May prononce une conférence à Stockholm aujourd'hui.

Maintenant, nous constatons que l'intérêt porté à nos travaux se situe à des échelons beaucoup plus élevés du gouvernement. Auparavant, c'était les gens des ministères, un analyste ou un responsable quelconque qui regardait notre travail et se disait : si j'avais cela pour la Saskatchewan ou pour la Colombie-Britannique, nous pourrions adopter de bonnes mesures. Ils nous appelaient donc, mais cela se terminait sur une note frustrante parce qu'il ne disposait pas d'appuis venant d'en haut. Maintenant, nous recevons des appels des greffiers de conseils exécutifs et ainsi de suite.

Si je le mentionne, c'est peut-être parce que c'est l'une des quelques leçons utiles que les gens peuvent tirer de notre expérience : ce qui arrive quand vous vous essayez à cela — ce n'est pas tant la façon de procéder, que ce qu'il advient une fois que vous vous êtes engagé sur le chemin voulu, en prenant un truc qui ressemble à une curiosité qui attire les regards de tous, et voilà que vous vous demandez si votre échec sera plus ou moins retentissant, mais vous persévérez, et voilà le chemin parcouru.

Pour ce qui est de l'avenir, les comptes communautaires proposent une quantité énorme d'informations, et nous allons continuer à mettre au point nos données. Vous allez probablement entendre parler aujourd'hui d'un exercice important en discutant avec mes amis et collègues de la Stratégie de réduction de la pauvreté. Voici : depuis un certain temps, nous nous appliquons à asseoir la stratégie de réduction de la pauvreté sur une base d'information plus solide à Terre-Neuve. L'élément clé de l'exercice consiste à créer une mesure du panier de consommation appliquée aux cas de faible revenu. Nous allons pouvoir relever à Terre-Neuve-et-Labrador les cas de faible revenu selon le type de famille, l'ampleur de la pauvreté, la durée de la pauvreté, les pires cas et ainsi de suite. D'après nos données actuelles, nous savons que ce sont certains groupes de personnes âgées qui ont tendance à répondre à cette définition. De toute manière, nous sommes à créer cette base et nous attendons la consigne ministérielle afin de pouvoir la mettre en œuvre, en juin, nous l'espérons.

Je prévois que cela va créer un grand intérêt national. C'est innovateur. Nous avons pris la méthodologie nationale et nous avons intégré les données de Terre-Neuve. La base est reconnue par Statistique Canada, qui s'est occupé de la méthodologie du modèle national — une des lacunes principales de la mesure du faible revenu fondée sur le panier de consommation provient du fait que les données propres à Terre-Neuve y font défaut. Nous avons vu là l'occasion de fixer l'objectif sur nos collectivités et nos quartiers, de manière à pouvoir regarder ce qui se produit de plus près. Cet exercice particulier représente une occasion extraordinaire que nous avons saisie pour commencer à comprendre le genre de choses qui se produit dans les collectivités ainsi que les solutions possibles aux problèmes relevés.



We are also working with homeless groups and the National Homelessness Initiative as a spin off from our market basket measure data to develop measures of at risk of homeless. I do not know whether anybody has done this before, but our work is progressing quite well. Another major project that Mr. Reid and his staff are working on these days is crime and community safety data and indicators. The National Crime Prevention Strategy has given us a little bit of funding.

This year we are also working with our provincial libraries. There are 95 libraries across the province, and we have begun to train the librarians about the Community Accounts, what they are, and how they can use them, so that our librarians will be able to talk to school kids and educators and make sure that the Community Accounts data are out there. As people learn about their communities, they will be able to learn about it with their own data. We are hoping at some point to develop school textbooks with local data, so that instead of seeing information about the United States in a science class, for example, kids can see information for Fogo or for the Burin Peninsula.

Our underlying belief here is that if you know enough about a problem and the context, it brings you a lot closer to implementing a solution that might be successful.

I am never at a loss for words, but I will stop there. I think I have said enough, and I do not want to push anybody else off their spot. If there are any questions I can answer, I would be only too happy. I hope they are not too hard.

**The Chair:** That was truly an insightful presentation. We thought we were going to hear something special this morning. We have been aware for quite some time of what has been going on here. We do think you have got it right, and we are anxious to carry this to a higher level, which we will discuss later.

**Robert Reid, Senior Manager, Community Accounts, Economics and Statistics Branch, Government of Newfoundland and Labrador:** I will actually be demonstrating the system, and you can follow along on the computer screen.

As Mr. Hollett mentioned about the geographies that we provide information for, the system is organized in two ways. The first way is by geography, so we do provide quite a bit of information for different levels of geography. As you can see here, we have community level, we have economic zones, we have rural secretariat region. I like to describe it as almost a pyramid structure with the communities as the base. From communities, we have a build up. We call these local areas. We have about 400 community-level geographies. We have 80 local areas and 20 economic zones. You can think of this as a pyramid: the communities at the base, a build up of communities or local areas,

De même, nous travaillons de concert avec des groupes de lutte contre l'itinérance et les responsables de l'Initiative nationale pour les sans-abri à la mise au point d'un produit dérivé de nos données de la mesure du panier de consommation, afin d'en arriver à des mesures du risque d'itinérance. Je ne sais pas si quiconque a déjà fait cela, mais notre travail progresse très bien. Un autre projet important auquel M. Reid et son personnel travaillent par les temps qui courent se rapporte à des indicateurs et à des données sur la criminalité et la sécurité collective. Nous avons reçu un peu de financement du budget de la Stratégie nationale de prévention du crime.

Cette année, nous travaillons également avec nos bibliothèques provinciales. Il y a 95 bibliothèques disséminées dans la province, et nous avons commencé à former les bibliothécaires à l'utilisation des comptes communautaires, en leur expliquant de quoi il s'agit, comment ils peuvent les utiliser, pour qu'ils puissent parler aux élèves et enseignants et s'assurer que les données des comptes communautaires sont là. Au fur et à mesure que les gens en apprennent sur leurs collectivités, ils vont être en mesure d'en apprendre au moyen de leurs propres données. Nous espérons mettre au point à un moment donné des manuels scolaires qui comportent des données locales. De cette façon, dans un manuel de sciences, par exemple, plutôt que de voir des informations provenant des États-Unis, les enfants vont voir des informations sur Fogo ou sur la péninsule Burin.

La conviction qui sous-tend notre raisonnement, c'est que si vous en connaissez suffisamment sur un problème et sur le contexte où il s'inscrit, vous êtes plus près d'adopter une solution qui pourrait se révéler fructueuse.

J'ai le verbe infatigable, mais je vais m'arrêter là. Je crois en avoir suffisamment dit et je ne veux pas empêcher un autre de prendre sa place. Si vous voulez me poser des questions auxquelles je peux répondre, ce sera un bonheur pour moi de le faire. J'espère que ce ne sont pas des questions trop difficiles.

**Le président :** Voilà qui était vraiment un exposé riche en enseignements. Nous nous attendions à quelque chose de spécial ce matin. Nous sommes conscients depuis un bon moment de ce qui se fait ici. Nous sommes bien d'avis que vous êtes arrivés à la bonne solution et nous tenons tout à fait à porter l'idée plus haut, selon ce dont nous allons discuter plus tard.

**Robert Reid, cadre supérieur, Community Accounts, Direction de l'économie et de la statistique, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Je vais vous montrer comment fonctionne le système en tant que tel. Vous pouvez suivre l'exposé en regardant l'écran.

Comme M. Hollett l'a dit au sujet des zones géographiques sur lesquelles nous donnons des informations, le système est organisé de deux façons. La première façon est géographique; nous donnons donc bel et bien des informations poussées sur différents niveaux de géographie. Comme vous pouvez le voir ici, il y a le niveau de la collectivité, il y a des zones économiques, il y a la région relevant du secrétariat rural. J'aime dire qu'il s'agit presque d'une structure pyramidale avec les collectivités situées à la base. À partir des collectivités, nous montons. Voici les zones locales. Il y a environ 400 blocs géographiques de niveau communautaire dans notre système. Il y a 80 zones locales et

economic zones, rural secretariat regions, and the province as a whole. The idea is that if you cannot find information for your community, you can actually select a local area that contains your community. In some cases, the communities are quite small. Due to sample size restrictions, we cannot display a community itself, but we can give you information for the local area that contains the community.

I will select the communities as our focus for this demonstration. Our basic building block for geography is a postal code. When we developed the system, we looked at a number of different data sources, including Statistics Canada census data or income tax data as well as administrative data from our own departments in the provincial and federal governments. The postal code seemed to be the most consistent, so we decided that if we were going to use a building block we would use the postal code for consistent geography across the data sources.

The postal code does provide some challenges in the province. In some cases, communities have a number of postal codes which need to be combined. In other cases, communities share postal codes, and we would identify that with a footnote.

I will select Corner Brook as the geography we will look at this morning, which is no surprise to some of my colleagues here. Whenever I demonstrate, I usually select Corner Brook. I am from Corner Brook, so I can answer some of those questions.

As I said, our system is organized in two ways. The first is by geography and the second is by account, and we have our conceptual framework. I will not go into detail as that was explained earlier, but I want to reiterate that the focus here is well-being, which you see at the centre. From well-being, lines connect the various accounts, and these talk about relationships and about the interconnected pieces.

Take education, for example. We would say that education levels affect the type of jobs that you would get; jobs affect income; and all these things together contribute to well-being. The main point here is that you cannot look at one of these elements in isolation. You cannot look at income and tell anything about well-being. You have to look at them all together.

Before I go too far, I want to talk about some of our sources of information. On the left side, you see a link to our data sources. When we demonstrate this system, many people ask up front what kind of data we have; they want to know whether this data is

20 zones économiques. Vous pouvez imaginer une pyramide : les collectivités à la base, les collectivités ou zones locales qui s'accumulent, les zones économiques, les régions relevant du secrétariat rural et la province dans son ensemble. Si vous n'arrivez pas à trouver de l'information sur votre collectivité, l'idée, c'est que vous pouvez choisir une zone locale qui renferme votre collectivité. Dans certains cas, les collectivités sont très petites. En raison de restrictions touchant la taille des échantillons, à ce moment-là, nous ne pouvons afficher les données sur la collectivité elle-même, mais nous pouvons vous donner des informations sur la zone locale qui renferme la collectivité.

Je vais choisir les collectivités aux fins de notre démonstration. Le composant de base que nous utilisons sur le plan géographique est le code postal. Au moment de concevoir le système, nous avons envisagé diverses sources de données, y compris les données de l'impôt sur le revenu ou les données du recensement de Statistique Canada ainsi que les données administratives de nos ministères à l'échelle provinciale et fédérale. Le code postal semblait représenter le choix le plus cohérent; comme il fallait choisir un composant de base, nous avons opté pour le code postal, qui, d'un point de vue géographique, se retrouve le mieux d'une source de données à l'autre.

L'utilisation du code postal présente quand même quelques problèmes au sein de la province. Dans certains cas, les collectivités ont plusieurs codes postaux qu'il faut combiner. Dans d'autres cas, plusieurs collectivités ont en commun un seul et unique code postal, ce que nous indiquons au moyen d'une note en base de page.

Je vais choisir Corner Brook comme bloc géographique sur lequel nous allons nous pencher ce matin, ce qui ne surprend nullement certains de mes collègues. Lorsque je fais une démonstration, je choisis habituellement Corner Brook. Je suis originaire de Corner Brook; je peux donc répondre à certaines des questions qui seront posées à ce sujet.

Comme je l'ai dit, notre système est organisé de deux façons. D'abord, par géographie, et ensuite, par compte, et nous avons notre cadre conceptuel. Je ne vais pas m'y attarder; il a déjà été expliqué. Tout de même, je veux réitérer que l'idée centrale est celle du bien-être, ce que vous voyez au centre. Le bien-être est relié par des lignes aux divers comptes, ce qui fait voir les relations et les éléments interreliés.

Prenons comme exemple l'éducation. Nous dirions que le niveau d'instruction a une incidence sur le type d'emploi que la personne obtient; l'emploi a une incidence sur le revenu; toutes ces choses-là contribuent ensemble au bien-être. L'idée principale, c'est qu'on ne saurait regarder un de ces éléments isolément. On ne peut regarder le revenu et déduire quelque chose au sujet du bien-être. Il faut tout regarder ensemble.

Avant de trop m'avancer, je veux parler de certaines de nos sources d'information. Du côté gauche, vous pouvez voir un lien qui mène à nos sources de données. Lorsque nous démontrons le fonctionnement du système, les gens sont nombreux à demander



reliable. Obviously, if they are going to use this system to make decisions, they want to know its reliability.

We have a vast amount of information. Initially we concentrated on some of the readily available information sources, such as census data and information that Statistics Canada produces. Those data readily available at a community level. Since then, we have moved to looking more at administrative data. By the way, we are live on the site for this demonstration, so anything you see here you can go and look at yourself later. We have concentrated on a lot of administrative data. We get information from our government departments; we get income support data from our government departments. We get some health information through hospital records, and we get morbidity data, birth information and death information. We get some information from HRSDC looking at employment insurance. We also get information from our adult health survey, which we are shared with Memorial University. Thus, while we began with readily available Statistics Canada sources, we have moved to a number of other sources of information.

Given that we have so much information, we cater to a number of different users. We have some experienced data users and some novice data users.

We have developed profiles, very quick snapshots of what is happening in a particular community or region. If you select your community and you want to know something quickly about that community, we have the profile link, which pulls information from the various accounts. You do not have to dive into each of those accounts to pull out that information. The profile is a nice, quick snapshot for that. The profile begins with infrastructure. I can click and get infrastructure information for that area.

Here we have a map of the infrastructure for the region Corner Brook is in. Each of these icons represents a different type of infrastructure, and for each community we identify what infrastructure is included in the community. Corner Brook is seen as a service centre. It has a number of public infrastructure pieces: health care services, school services, public libraries. If you look at some of the smaller communities as you go up the Northern Peninsula, you will see a smaller number of infrastructure pieces. Corner Brook would be considered one of the service centres in this province.

Going back to the profile, we begin by looking at demographic information, so we show how the population has been changing overall. We also show the age structure. We show a population pyramid that indicates the number of males by each cohort and the number of females for the latest year available. Moving down, we show income information. We show the income information

au départ quels sont les types de données que nous avons; ils veulent savoir si ce sont des données fiables. Évidemment, s'il est question pour eux d'utiliser le système pour prendre des décisions, ils tiennent à savoir que les données sont fiables.

Nous avons une vaste quantité d'informations. Au début, nous nous sommes concentrés sur certaines sources d'information qui étaient facilement accessibles, par exemple les données du recensement et l'information que produit Statistique Canada par ailleurs. Les données facilement accessibles pour ce qui est du niveau communautaire. Depuis, nous intégrons davantage les données administratives. Soit dit en passant, notre démonstration se fait en direct sur le site; tout ce que vous voyez ici, vous pouvez aller le voir vous-même plus tard. Nous nous sommes concentrés sur toute une série de données administratives. Nous allons chercher notre information auprès des ministères; nous obtenons des données sur le soutien du revenu de nos ministères. Nous obtenons certains renseignements sur la santé en consultant des dossiers d'hôpitaux et nous obtenons des données relatives à la morbidité, aux naissances et aux décès. Nous obtenons de HRSDC certaines informations sur l'assurance-emploi. Nous obtenons également des informations grâce à notre enquête sur la santé des adultes, que nous avons en commun avec l'Université Memorial. Nous avons donc pris pour point de départ les sources immédiatement accessibles de Statistique Canada, mais nous avons intégré un certain nombre d'autres sources.

Comme il y a tant d'informations, nous proposons notre système à divers utilisateurs. Il y a parmi eux des utilisateurs chevronnés aussi bien que des novices.

Nous avons mis au point des profils, des instantanés de ce qui se produit dans une collectivité ou une région en particulier. Si vous souhaitez savoir quelque chose rapidement sur une collectivité que vous avez choisie, il y a le lien du profil, qui rassemble les informations provenant de divers comptes. Vous n'avez pas à plonger dans chacun des comptes pour aller chercher l'information en question. Le profil représente un bel instantané qui fait voir cela. Le profil commence par l'infrastructure. Je peux cliquer et obtenir l'information pour cette zone-là en ce qui concerne l'infrastructure.

Voici une carte de l'infrastructure de la région où se trouve Corner Brook. Chacune des icônes représente un type d'infrastructure différent et, pour chaque collectivité, nous relevons les éléments d'infrastructure. Corner Brook est considérée comme un centre de services. Il comporte plusieurs éléments de l'infrastructure publique : des services de santé, des services scolaires, des bibliothèques publiques. Si vous jetez un coup d'œil aux collectivités de moindre taille en remontant la péninsule Northern, vous voyez qu'il y a un faible nombre d'éléments d'infrastructure. Corner Brook serait considérée comme un des centres de services de la province.

Pour revenir au profil, nous commençons par les informations démographiques, qui font voir l'évolution globale de la population. Nous présentons aussi la répartition selon l'âge. Nous affichons une pyramide démographique qui indique pour chacune des cohortes le nombre d'hommes et le nombre de femmes, pour la dernière année où les données sont disponibles.



for people as well as for family structure. We show where their information is coming from, whether from market income or from government sources. From a determinants of health perspective, we know that income is related to health status or health of a population. We also show information on housing, including what the value is of the housing in Corner Brook. As we go through the profile, we also provide provincial comparisons so that people can see how their community relates to the province. You will notice that each of these sections is related to the accounts, so we are pulling information from each of the accounts.

For employment and working conditions, we show the number of people that are employed and the number of people unemployed. Employment working conditions is another determinant of health, and I am sure you are all familiar with that. Here is information from our provincial government sources through our income support assistance, and you will see that this information has a very nice time series. It begins in 1991 and goes up to 2006.

We are pulling in the latest health information, and in the case of health status that comes from the Canadian Community Health Survey, CCHS. The CCHS sample size for Newfoundland and Labrador is about 4,000. That does not allow us to get information down to a community level. That is a definite gap in terms of looking at health data. When we have to get information from surveys with a small sample size, we cannot provide much information at a community level. I expect Dr. West will probably mention that in 1995, Memorial University produced an adult health survey with a sample size of about 12,000. In 2001, in a follow-up survey, the sample size was about 8,000. For the 1995 survey, we were able to get quite a number of community-level indicators based on the sample size of 12,000. However, with a sample size of 4,000 from CCHS, we are not at a community level.

Therefore, with the profile we are providing information at a regional level for the area that a community belongs to, to give an idea of what the health status would be, including smoking. We do have the information from hospital admittances at a community level. This is the morbidity data. We have aggregated five years of hospital admittances data so that we can produce community-level information so that people will understand that over this time frame, these are the reasons people were going into the hospital.

The last section is on education. Again, education is one of the major determinants of health, and we would say it is a major determinant of well-being as well.

Plus bas, nous présentons des informations sur le revenu. Nous présentons des informations sur le revenu des individus aussi bien que des familles. Nous affichons la provenance de l'information, que ce soit les revenus de marché ou les sources gouvernementales. Du point de vue des déterminants de la santé, nous savons que le revenu est lié à l'état de santé ou à la santé d'une population. Nous affichons également des informations sur le logement, y compris la valeur des immeubles à Corner Brook. En parcourant le profil, on voit aussi des comparaisons provinciales, pour que les gens sachent comment la collectivité se compare à la province. Remarquez que chacune de ces sections est liée aux comptes; nous sommes donc en train de tirer des informations provenant de chacun des comptes.

À propos de la situation d'emploi et des conditions de travail, nous affichons le nombre de personnes qui ont un emploi et le nombre de personnes qui sont sans travail. Les conditions de travail représentent un autre déterminant de la santé, et je suis certain que vous en êtes bien au fait. Voici de l'information provenant de nos sources gouvernementales provinciales sur l'aide prodiguée sous forme de soutien du revenu, et voici cette information-là sur une très jolie série chronologique. Ça commence en 1991 et ça va jusqu'en 2006.

Nous intégrons les plus récentes informations sur la santé et, dans le cas de l'état de santé, cela provient de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ou ESCC. La taille de l'échantillon de l'ESCC pour Terre-Neuve-et-Labrador s'élève à 4 000 environ. Cela ne nous permet pas d'approfondir jusqu'à l'échelle de la collectivité. Il y a une lacune certaine du côté des données sur la santé. Lorsque l'information qu'il nous faut provient d'enquêtes où l'échantillon est de petite taille, nous ne pouvons pas donner beaucoup d'information au niveau de la collectivité. J'imagine que le Dr West va mentionner que, en 1995, l'Université Memorial a produit une enquête sur la santé des adultes où la taille de l'échantillon se situait autour de 12 000. En 2001, à l'occasion d'une enquête de suivi, la taille de l'échantillon s'établit à 8 000 environ. Dans le cas de l'enquête de 1995, nous avons réussi à établir bon nombre d'indicateurs communautaires à partir d'un échantillon de 12 000 répondants. Cependant, étant donné que l'ESCC comporte un échantillon de 4 000 répondants, nous ne pouvons pas fonctionner au niveau de la collectivité.

Par conséquent, le profil nous permet d'afficher des informations au niveau régional, pour la zone où se trouve une collectivité, afin de donner une idée de ce que peut représenter l'état de santé, notamment sur le plan du tabagisme. Nous avons des informations qui proviennent des admissions dans les hôpitaux à l'échelle communautaire. Ce sont les données relatives à la morbidité. Nous avons regroupé l'équivalent de cinq ans de données tirées des admissions dans les hôpitaux, de manière à produire une information à l'échelle de la collectivité. De cette façon-là, les gens pourront comprendre que, sur cette période, ce sont là les raisons pour lesquelles les gens se retrouvent à l'hôpital.

La dernière section porte sur l'éducation. Encore une fois, l'éducation est un important déterminant de la santé, et nous dirions que c'est également un important déterminant du bien-être.

With our profile for each of these sections, if the user wants more information on a particular topic, they can move into the accounts. The profile is a gateway into some of the other information. I will select the demographic accounts from here, and now we will move into the demographic account and I will show you some of the information here.

We are still in the community of Corner Brook, and the accounts are structured similarly. We are moving towards the information or structures Mr. Hollett mentioned in his presentation. We do have a number of data tables, which you can look at.

This is the detailed information for Corner Brook. You can look at some charting and also at some mapping. In our demonstrations, we have found that more and more people want to go the mapping route. They want to see the information mapped because seeing it visually makes more sense to them. When we designed this information, we tried to keep in mind how people learn. Some people like to look at data tables, while others like to look at charts and maps. We have tried to provide that information as we could in order to cater to as many users as possible.

Looking at the information here, I can see the median age, for example. Median age has often been talked about as a measure of how old a community or a region is. I can actually look at the median age in terms of the map, and hopefully you can see that. The scale here shows me that each of these dots represents a community. The communities in yellow are the youngest communities; the communities in red are the oldest, with a median age of about 47 to 65 years. Corner Brook is in the orange section, while Daniel's Harbour is in the red section. Daniel's Harbour is a bit older than the community of Corner Brook.

The question is what other information we can provide that will show exactly what is happening in those particular communities. We have a charting option here, which you saw in the profile. It is actually a population pyramid, and that will show you how the community has been changing over time. There is an animated display. The base of the population pyramid shows you the younger cohorts. On the left side are the males and on the right, the females. The top of the pyramid shows you the older cohorts; the bottom of the pyramid shows you the younger cohorts. We are actually moving through time. We are starting in 1996 and moving ahead each five year period. You are seeing that over this time frame, the bottom of the pyramid is shrinking, which means there has been a smaller number of births or there has been some migration. The top of the pyramid is getting bigger, which means that the cohorts are aging, and there are more people in the older cohorts than in the younger cohorts.

I can also do a comparison quickly. If I select Daniel's Harbour again, we can see that there is a difference between Corner Brook and Daniel's Harbour in how their age structure

À l'aide du profil se rapportant à chacune de ces sections, dans la mesure où l'utilisateur souhaite se renseigner sur un sujet particulier, il peut accéder aux comptes. Le profil est une porte que l'on ouvre pour accéder à certaines autres informations. Je vais choisir les comptes démographiques ici et, voilà, nous allons accéder au compte démographique dont je vais vous afficher certaines des informations ici.

Nous sommes toujours dans la collectivité de Corner Brook, et les comptes sont structurés de manière semblable. Nous nous dirigeons vers des informations ou des structures que M. Hollett a mentionnées pendant son exposé. Il y a là un certain nombre de tableaux de données, que vous pouvez examiner.

Voici l'information détaillée sur Corner Brook. Vous pouvez jeter un coup d'œil à des diagrammes et aussi à des cartes. Dans nos démonstrations, nous avons remarqué que les gens sont de plus en plus nombreux à opter pour les cartes. Ils veulent voir les informations présentées sur une carte parce que la présentation visuelle a plus de sens pour eux. Au moment de concevoir cette information, nous avons essayé de garder à l'esprit la façon dont les gens apprennent. Certaines personnes aiment regarder des tableaux de données, d'autres préfèrent les diagrammes et les cartes. Nous avons essayé de présenter cette information-là, dans la mesure du possible, pour que ce soit utile au plus grand nombre d'utilisateurs possibles.

Dans l'information ici, on voit l'âge médian, par exemple. L'âge médian est souvent invoqué comme mesure de l'âge d'une collectivité ou d'une région. Je peux afficher littéralement l'âge médian à l'aide de la carte, et j'espère que vous pouvez le voir. L'échelle qu'il y a ici me fait voir que chacun des points ici représente une collectivité. Les collectivités en jaune sont les jeunes; les collectivités en rouge sont les plus vieilles; leur âge médian se situe entre 47 et 65 ans. Corner Brook se trouve dans la section orange, alors que Daniel's Harbour se trouve dans la section rouge. La population de Daniel's Harbour est un peu plus vieille que celle de Corner Brook.

On se demande alors : quelles sont les autres informations qu'il est possible d'obtenir pour voir exactement ce qui se passe dans ces collectivités-là? Nous avons une option diagramme ici, que vous avez vue dans le profil. De fait, c'est une pyramide démographique qui vous montrera en quoi la collectivité a évolué au fil du temps. C'est une présentation animée. À la base de la pyramide démographique, on voit les cohortes les plus jeunes. Du côté gauche, il y a les hommes, et du côté droit, les femmes. Le haut de la pyramide fait voir les cohortes plus âgées; la base de la pyramide fait voir les cohortes plus jeunes. De fait, nous évoluons au fil du temps. Nous commençons en 1996 et nous progressons par segments de cinq ans. Vous pouvez constater qu'au fil de ce temps, la base de la pyramide rétrécit, ce qui veut dire qu'il y a un plus faible nombre de naissances ou qu'il y a un exode. Le haut de la pyramide s'élargit, ce qui veut dire que les cohortes-là vieillissent et que les gens sont plus nombreux dans les cohortes âgées que dans les cohortes jeunes.

Je peux également proposer une comparaison rapide. Si je choisis Daniel's Harbour à nouveau, on voit qu'il y a une différence entre Corner Brook et Daniel's Harbour pour ce qui est



has been changing. Daniel's Harbour is on the Northern Peninsula, and you will see some dramatic shifts in terms of population change in Daniel's Harbour. The overall pyramid itself is shrinking; not only that, but each of the cohorts is shrinking dramatically. We see that in a number of communities. Typically, in the communities in the larger urban areas the population is fairly stable, but in the outlying areas and in many rural areas there are dramatic population shifts.

I want to look at some of our health information. The health account is structured similarly to the demographic accounts. I will go back to Corner Brook, and you can see as I am demonstrating that it is very easy to switch and do comparisons with these communities. The menu system is there. You can also change your geography to look at a different community region. You can also change an account and look at an account quickly. You can switch between accounts, and you are always maintaining the community you are focused on.

The health accounts are similar to the demographic accounts. I can see maps here. We have obesity maps, and this is Canadian Community Health Survey regional data. We have also worked with a cervical screening group that wants to do some mapping of their information. They gave us their administrative data, and they wanted us to use our demographic information to determine what the rates of screening are amongst communities in the province. Looking at Western Newfoundland, we provided them with maps showing participation broken down into groups. They wanted to see across communities where the highest and the lowest participation rates are so that they can focus their efforts. If they want to increase screening in particular areas, they know exactly which communities to target.

I cannot go through a demonstration without showing at least one table. We are still looking at the city of Corner Brook. We have information from the hospital morbidity separation data, and in this table I get information for two time periods and can see the changes over this time frame. We have the period from 1994 to 1999 and the more recently period from 2000 to 2004. This information is based on the International Classification of Diseases. Right now we are providing a count of the number of times people have gone into hospital for these particular diseases.

In order to do some further analysis, up on the left side there are some options. We provide these options for users to do some analysis on this data. They can actually view some percentages. Instead of making users pull the information out to an Excel spreadsheet and do the calculations, as much as we can we provide these options. For example, in this particular area, 11.8 per cent of the time females went into hospital it was for diseases of the circulatory system. We can also do ratios for the province that compare this particular community to what is being

de l'évolution de la répartition selon l'âge. Daniel's Harbour se trouve dans la péninsule Northern, et vous verrez qu'il y a une évolution plus marquée de la population à Daniel's Harbour. La pyramide elle-même rétrécit; non seulement elle rétrécit, mais chacune des cohortes rétrécit sensiblement. Cela, nous le constatons dans plusieurs collectivités. Le plus souvent, dans les collectivités qui se trouvent dans les grandes zones urbaines, la population est relativement stable, mais, dans les régions en périphérie et dans bon nombre de régions rurales, l'évolution démographique est très marquée.

Je veux voir certaines des informations que nous avons sur la santé. La structure du compte santé s'apparente à la structure du compte démographique. Je vais revenir à Corner Brook, et vous pouvez voir, tandis que je manœuvre ici, qu'il est très facile de changer de vue et de comparer ces collectivités. Le menu est là. On peut aussi modifier le découpage géographique, pour jeter un coup d'œil à une autre région où une autre collectivité. On peut également changer de comptes ou jeter un coup d'œil rapide à un compte. On peut alterner entre les comptes, sans délaisser jamais la collectivité à laquelle on s'intéresse.

Les comptes santé sont semblables aux comptes démographiques. Je vois qu'il y a des cartes ici. Nous avons des cartes sur l'obésité, et voici des données régionales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Nous avons travaillé avec un groupe de dépistage du cancer du col utérin qui voulait cartographier certaines informations. Il nous a remis ses données administratives en nous demandant d'employer nos informations démographiques pour déterminer quels sont les taux de dépistage entre les collectivités de la province. Si on regarde l'ouest de Terre-Neuve, on voit que nous leur avons donné des cartes qui illustrent la participation par groupes. Les gens en question voulaient voir, d'une collectivité à l'autre, qui présentait le taux de participation le plus élevé et le moins élevé, de manière à cibler leurs efforts. S'ils souhaitent accroître le dépistage qui se fait dans des zones particulières, ils savent exactement quelles collectivités cibler.

Je ne peux faire de démonstration sans montrer au moins un tableau. Nous nous intéressons toujours à la ville de Corner Brook. Nous avons des informations provenant des données relatives à la morbidité liée aux congés de l'hôpital et, dans ce tableau, je peux me renseigner sur deux périodes et constater les changements qui ont marqué le temps qui s'est écoulé ainsi. Il y a la période allant de 1994 à 1999 et la période, plus récente, allant de 2000 à 2004. Cette information-là est établie à partir de la Classification internationale des maladies. En ce moment, nous affichons le nombre de fois où les gens sont allés à l'hôpital en rapport avec ces maladies particulières.

Pour des analyses plus poussées, il y a des options du côté gauche. Nous fournissons ces options pour que les utilisateurs puissent analyser ces données. Ils peuvent, dans les faits, voir certains pourcentages. Au lieu d'obliger les utilisateurs à transférer cette information dans un chiffrier Excel et à faire le calcul, nous fournissons ces options dans la mesure du possible. Par exemple, dans ce domaine particulier, 11,8 p. 100 des fois où les femmes se sont rendues à l'hôpital, c'était pour des maladies liées à l'appareil circulatoire. Nous pouvons également calculer



done at a provincial level. When it is above 1, it means that the community is higher than the province; when it is below 1, it means that the community's rates are less than the provincial rates.

Those are some of the major categories, but we can also show more detailed information and do subcategories. I have circulatory system broken down, and we have a heart disease category. Under digestive system, we have intestine and perineum; we have diseases of the gall bladder. It is a way to drill down to get the more detailed information if you want to look at that.

I want to look at some of the Canadian Community Health Survey data. As I mentioned earlier, this information is available at a regional level as opposed to a community level. You will see that the information we have has check marks. The check marks indicate whether or not the information is available for the geography you are looking at. As you can see, we do have some information for Corner Brook based on the adult health survey from 1995, but if I click the health practices table for the Canadian Community Health Survey, I get a note telling me that the CCHS information is not available for this geography and I need to change my geography. The menu system will let me know that I can select a region, and once I select the region that Corner Brook is in, I get the information for that region. Included in this we get smoking, for example. This is the health practices table. We get the number of current daily smokers and when they began smoking. We get the drinking, we get the information on body mass index. We are always talking about obesity. Overweight is a very important health issue. We also provide the margin of error on this information, because if you are looking at how this compares from one region to another you need to know what the error margin is on those numbers in order to know whether or not there is a real change.

One option I will go into is the ability to do some quick comparisons. We call it our community comparison tool, but we can also use it for regional comparisons. If I wanted to know across regions in the province where the highest rates of current daily smokers are, I can click current daily smokers. Incidentally, this information is also available for provinces. You can do a comparison between regions in Newfoundland as opposed to provincial comparisons as well. If I select economic zones, this nice little tool will actually give me the information for each of the economic zones in this province. I can order this information, and it will let me know the lowest rates in the province to the highest rates in the province. You will notice that there are still gaps here. This is information obviously due to small sample sizes. We try to maintain a 95 per cent confidence interval. When we fall outside of that margin, then we do not provide that information.

des ratios pour la province, qui comparent cette collectivité particulière au ratio provincial. Quand le chiffre obtenu est au-dessus de un, cela veut dire que la collectivité est au-dessus de la moyenne provinciale; quand il est au-dessous de un, cela veut dire que les taux de la collectivité sont inférieurs aux taux provinciaux.

Il s'agit là de certaines des catégories les plus importantes, mais nous pouvons également montrer de l'information plus détaillée et faire des sous-catégories. Sous la catégorie de l'appareil circulatoire, il y a une catégorie des maladies cardiaques. Sous la catégorie de l'appareil digestif, il y a les maladies intestinales et du périnée; il y a également les maladies liées à la vésicule biliaire. Il s'agit d'un moyen de creuser pour obtenir de l'information plus détaillée sur les sujets qui vous intéressent.

J'aimerais me pencher sur certaines données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comme je l'ai déjà mentionné, cette information est accessible à l'échelle régionale, plutôt qu'à l'échelle communautaire. Vous verrez que l'information dont nous disposons est accompagnée de crochets. Les crochets indiquent si l'information est disponible pour la région qui vous intéresse. Comme vous pouvez le voir, nous avons de l'information, tirée de l'enquête sur la santé des adultes de 1995, pour Corner Brook, mais si je clique sur le tableau des pratiques en matière de santé de l'Enquête sur la santé dans la collectivité canadienne, une note qui apparaît m'indique que l'information de l'ESCC n'est pas disponible pour cette région et que je dois en choisir une autre. Le système de menus m'indiquera que je peux choisir une région, et, quand j'aurai sélectionné la région dans laquelle se trouve Corner Brook, j'obtiendrai l'information pour cette région. Cette information comprend des données sur le tabagisme, par exemple. C'est le tableau des pratiques en matière de santé. Il indique le nombre de personnes qui fument actuellement tous les jours et quand elles ont commencé à fumer. Nous avons des données sur l'alcool et sur l'indice de masse corporelle. Nous parlons souvent de l'obésité. L'excès de poids est un problème de santé très important. Nous fournissons également la marge d'erreur de cette information. Si vous comparez les régions, vous devez connaître la marge d'erreur afin de savoir s'il y a véritablement eu des changements.

L'une des options dont j'aimerais discuter est la capacité de faire des comparaisons rapides. Nous appelons cette option notre outil de comparaison des collectivités, mais nous pouvons également l'utiliser pour des comparaisons régionales. Si je veux savoir quelles régions dans la province ont les plus hauts taux de fumeurs quotidiens actuels, je clique sur fumeurs quotidiens actuels. Soit dit en passant, cette information est également disponible pour les provinces. Vous pouvez également faire une comparaison entre diverses régions de Terre-Neuve, plutôt que des comparaisons provinciales. Si je choisis des zones économiques, ce merveilleux petit outil me fournira l'information pour chaque zone économique de la province. Je peux classer ces données, et l'outil indiquera les taux de la province, du moins élevé au plus élevé. Vous remarquerez qu'il y a des trous. Cela est manifestement dû à la taille trop petite des

From here, I want to go in and look at well-being. As has been discussed, well-being is our focus. I cannot go through a demonstration without showing some of the well-being information. Again I will go back and switch to Corner Brook. The well-being account is structured a bit differently than the other accounts. We pull in information from the various accounts, because we are talking about well-being in an integrated approach and you want to look at different factors. We pull information in from the various accounts. We pull in education information, demographic information, income information, self-reliance, and health information to start to measure well-being. We provide the value and the ranking for the community.

I will focus on population change. Here is Corner Brook. It had a population change of 1.5 per cent over this time frame. It ranked 61 in the province. I can click that and it gives me the value for all the communities in the province, from the community with the highest population increase, which was Benton, to the community with the highest population decline, 28 per cent. You can see there is quite a variation in the province. If I scroll up, Corner Brook is highlighted and ranked 61. I can see which communities rank higher and which rank lower.

The other way to show this information is by charting it. This chart came about through a lot of discussion with a number of clients who wanted to be able to quickly see how their communities ranked relative to everyone else. The table was one way to do it, but this is another way to organize that information. The chart shows the same information the table shows. The community at the bottom here is Bridgeport, and you see a population decline of 28 per cent, and on the other end is Benton at 44 per cent. We have lined up all the communities from the lowest to the highest. Here is where Corner Brook ranks on this scale.

We have tried to provide this information so that people can understand it quickly. We have broken it up into ranges. This is the bottom 25 per cent community; this is the red range. The top 25 per cent of communities are in this range, and the middle 50 per cent are in this range. This is basically a distribution of this particular indicator. Here is Corner Brook. If I wanted to do a comparison to another community and I selected Arnold's Cove, here is where Arnold's Cove ranks. We see that Arnold's Cove had a population decline, so it ranks lower than Corner Brook. That is a quick way to do those two comparisons. I can compare communities one to one quickly that way.

échantillons. Nous tentons de conserver un intervalle de confiance de 95 p. 100. Quand nous n'atteignons pas ce seuil, nous ne fournissons pas l'information.

J'aimerais maintenant discuter du bien-être. Comme on l'a mentionné, le bien-être est notre centre d'intérêt. Je ne peux pas faire une démonstration sans montrer certaines des données sur le bien-être. Encore une fois, je prendrai Corner Brook comme exemple. Le compte du bien-être n'est pas structuré tout à fait de la même manière que les autres comptes. Nous tirons de l'information des divers comptes parce que nous adoptons une approche intégrée face au bien-être et que nous devons tenir compte de divers facteurs. Nous prenons donc de l'information de divers comptes. Nous retirons des données sur le niveau d'études, le revenu, l'autonomie et la santé, ainsi que des données démographiques, pour mesurer le bien-être. Nous fournissons une valeur et un classement pour la collectivité.

Je mettrai l'accent sur le changement de la population. Ici, à Corner Brook, le changement de la population au cours de la période en question équivalait à 1,5 p. 100. Cela correspond au 61<sup>e</sup> rang dans la province. Si je clique ici, je verrai la valeur liée à toutes les collectivités dans la province, de la collectivité ayant le taux de croissance démographique le plus élevé, c'est-à-dire Benton, à la collectivité qui a connu la plus forte décroissance, à 28 p. 100. Vous pouvez constater qu'il y a des écarts assez importants entre les diverses régions de la province. Si je monte un peu, Corner Brook est là, en surbrillance, au 61<sup>e</sup> rang. Je peux voir quelles collectivités ont un classement supérieur, et lesquelles ont un classement inférieur.

On peut également voir cette information sous forme de diagramme. Ce diagramme a été le résultat de nombreuses discussions que nous avons eues avec un certain nombre de clients qui voulaient être capables de déterminer rapidement où leur collectivité se situait par rapport aux autres. Le tableau était l'une des manières de faire cela, mais ceci est une autre manière d'organiser cette information. Le diagramme montre la même information que le tableau. La collectivité qui se trouve tout en bas est Bridgeport, et vous pouvez voir qu'elle connaît une décroissance de 28 p. 100, et tout en haut, nous avons Benton, avec un taux de croissance de 44 p. 100. Nous avons aligné toutes les collectivités, de celle qui connaît la plus forte décroissance à celle qui connaît la plus forte croissance. Voici où Corner Brook se situe sur cette échelle.

Nous avons tenté de fournir cette information d'une manière que les gens comprendront rapidement. Nous avons séparé les données en catégories. Voici les collectivités qui sont parmi les 25 p. 100 des collectivités ayant le taux de croissance le plus faible; il s'agit de la catégorie rouge. Celles qui sont parmi les 25 p. 100 des collectivités qui ont le taux le plus élevé de croissance sont ici, et vous pouvez également voir la catégorie des collectivités qui composent les 50 p. 100 du centre. Il s'agit essentiellement d'une répartition de cet indicateur particulier. Voici Corner Brook. Comparons-la à une autre collectivité; disons, Arnold's Cove. Voici où se situe Arnold's Cove. Nous constatons que Arnold's Cove a connu une décroissance de sa population. Son rang est donc inférieur à celui de Corner Brook.



We can also compare all the communities on that particular indicator by way of maps. If I click the mapping option, we are still looking at population change, and in terms of change, we are still looking at the same colour scheme. The red areas, which are the bottom 25 percent, are the communities that have the highest population losses, and the communities in the yellow are the communities that have the highest population increases.

Some options here I can change. I can look at Labrador. This is the island portion of the province. We have separate information for Labrador. I can select the roads. The system will provide the road network for me, and I can look at each community. I see Corner Brook in the yellow area. When I click it, it brings me back to the chart. I can also look at communities on the Northern Peninsula, and I can see quickly which communities are in the red. Here I see Port au Choix, and it tells me that the population decline is 13 per cent. I can look at any of these communities, and I can easily scan across the province and see which communities are in the red and which are in the yellow. This is a very quick way to compare all the communities on one particular indicator.

Let us return to our well-being account. As we start presenting this information, obviously there is another question to be answered. You can compare one indicator for all the communities: Can you compare all the indicators for all the communities? In fact, we have developed a tool to do that. We call it our indicator summary table.

The indicator summary table shows me all the information for all the indicators, and I can do a comparison across a number of communities. I will select the region that contains Corner Brook, and we will do a comparison across all the communities. Across the top are the indicators for well-being. The colour again represents the scheme. The top 25 per cent are in yellow and the bottom 25 per cent are in red, and we have provided an overall score here. We have added a little feature that allows people to summarize this information. We will add in the number of times a community is in the yellow, and we will subtract the number of times a community is in the red. We will do the number of yellows minus the number of reds, and we will provide an overall score. This is an indication of which communities seem to be doing better or worse on this particular number of indicators, and I can sort the information by the overall score. Scrolling down, I see that the community at the top with the lowest score is Lark Harbour, and you can see which indicators it falls in the bottom 25 per cent on. The communities at the top are Corner Brook and Pasadena with overall indicator scores of 10 and 11.

Il s'agit d'une manière rapide de faire ces deux comparaisons. Je peux rapidement comparer une collectivité à une autre de cette manière.

Nous pouvons également lier toutes les collectivités en nous appuyant sur cet indicateur particulier et en utilisant les cartes. Si je clique sur cette option, vous verrez que nous sommes toujours dans le domaine du changement de la population et que ce sont les mêmes couleurs qui ont été utilisées. Les collectivités en rouge sont celles qui connaissent les taux de décroissance les plus élevés, et les collectivités en jaune sont celles dont le taux de croissance est parmi les plus élevés.

Il y a également d'autres options que je peux choisir. Je peux voir les données sur le Labrador. Il s'agit de la portion insulaire de la province. Il y a de l'information distincte pour le Labrador. Je peux choisir les routes. Le système me montrera le réseau routier, et je peux étudier chaque collectivité séparément. Je vois Corner Brook dans la zone jaune. Quand je clique dessus, on me ramène au diagramme. Je peux également voir les collectivités qui sont dans la péninsule Northern, et je peux rapidement voir les collectivités qui sont en rouge. Voici Port au Choix, et le système indique que le taux de décroissance de la population est de 13 p. 100. Je peux voir les données relatives à n'importe quelle collectivité, et je peux facilement parcourir la province et voir quelles collectivités sont en rouge et lesquelles sont en jaune. Il s'agit d'une manière très rapide de comparer toutes les collectivités en s'appuyant sur un indicateur particulier.

Retournons au compte du bien-être. À mesure que nous présentons cette information, il y a évidemment une autre question qui se pose. On peut comparer toutes les collectivités en s'appuyant sur un indicateur; peut-on comparer tous les indicateurs pour toutes les collectivités? Nous avons effectivement créé un outil pour le faire. Nous l'appelons notre tableau sommaire d'indicateurs.

Le tableau sommaire d'indicateurs me montre toute l'information pour tous les indicateurs, et je peux faire une comparaison de plusieurs collectivités. Je vais choisir la région qui contient Corner Brook, et nous comparerons cette collectivité à toutes les autres. En haut de l'écran, vous voyez les indicateurs de bien-être. La couleur est encore une fois représentative. Les 25 p. 100 des collectivités ayant le meilleur taux sont en jaune, et les 25 p. 100 ayant les taux les plus faibles sont en rouge. Nous avons également fourni une note globale ici. Nous avons ajouté une fonction qui permet aux utilisateurs de synthétiser cette information. Nous pouvons ajouter le nombre de fois qu'une telle activité se trouve dans la zone jaune, et soustraire le nombre de fois qu'elle se trouve dans la zone rouge. Nous obtenons ainsi une note globale. Cela indique quelles collectivités se positionnent le mieux et celles qui se positionnent le moins bien en ce qui concerne ces indicateurs particuliers. Je peux trier l'information par note globale. En descendant un peu, je constate que la collectivité qui obtient la note la moins élevée est Lark Harbour, et on peut voir pour quels indicateurs, elle se trouve parmi les 25 p. 100 des collectivités inférieures. Les collectivités au haut de la liste sont Corner Brook et Pasadena, qui obtiennent une note globale de 10 et 11.



This is a nice way to help organize what is happening in a particular region. You can do the same thing for all the communities in the province. You can select a province option that will give you all the communities, and you can rank them from lowest to highest.

We have to keep in mind that this is based on these particular indicators. Our intention is always to add more indicators for well-being so that we actually start to round out this picture a little more. For example, at present we do not have any environmental indicators. We need to add those in.

I want to show you some of our neighbourhood information. Keep in mind that with a population of 25,000, Corner Brook is one of the province's larger communities. When we start showing this information to people in these areas, it is understood that Corner Brook as a whole seems to be doing well on these indicators. But what about areas within Corner Brook? I am from Corner Brook myself, and I know that some areas in Corner Brook are very different than other parts with respect to social and economic status.

Along with groups in the regions, we have developed neighbourhood areas. I guess initially it started with the Strategic Social Plan where people in each of these regions initiated the connection with the communities to help us to define some of these neighbourhoods. A couple of months ago we released information for neighbourhood areas, and a listing of the neighbourhood areas in this case shows some of our larger communities. We have neighbourhoods for Carbonear, Conception Bay South, Corner Brook, Gander, Grand Falls, Happy Valley, Labrador City, Mount Pearl, St. John's, Stephenville and Torbay. Those are some of the larger communities. To demonstrate what information we have at a neighbourhood level, I will select Corner Brook again. This is the Corner Brook area, and this time it is for the city as a whole. I can move in, and as I zoom in farther, I can actually see the streets within the city, and I can select one of the neighbourhoods.

Once I have selected a neighbourhood in Corner Brook, I am brought back again to the diagram. I can get a profile for the neighbourhood just as I can for the community, but now we are talking about a neighbourhood area, and you can see that the description is very detailed. It tells me which streets are included within that neighbourhood. I get the demographic information and income information, but you will notice that a lot of the information is not as detailed as we have at a community level. This is where our further development is going. We are moving in that direction.

I want to show you one piece of information. I want to show a little tool we have to see some indicator information at a neighbourhood level, and we will look at personal income per capita. Here is a map of personal income per capita for Carbonear. In this case, as opposed to the map we saw at the provincial level, we are actually doing comparisons across all neighbourhoods. On this scale, the red area shows the areas that had the lowest personal income per capita. The green area shows

Il s'agit d'une manière utile d'organiser l'information d'une région particulière. On peut faire la même chose pour toutes les collectivités dans la province. Vous pouvez choisir une option qui vous permettra de voir l'information sur toutes les collectivités et vous pouvez les classer en ordre.

Il est important de se rappeler que ces données s'appuient sur des indicateurs particuliers. Notre intention est toujours d'ajouter des indicateurs de bien-être pour compléter le tableau. Par exemple, il n'y a actuellement aucun indicateur environnemental. Nous devons les ajouter.

J'aimerais vous montrer certaines des données sur les quartiers. N'oubliez pas que Corner Brook, qui a une population de 25 000 âmes, est l'une des plus grandes collectivités de la province. Quand on regarde cette information, on comprend que Corner Brook, dans son ensemble, semble se classer assez bien en ce qui concerne ces indicateurs. Mais qu'en est-il des divers quartiers de Corner Brook? Moi-même, je suis de Corner Brook, et je sais que certains quartiers se distinguent des autres sur le plan du statut économique et social.

En plus de créer des groupes dans les régions, nous avons divisé les quartiers. Je suppose que tout ça a commencé avec le plan social stratégique, qui a permis aux gens dans chacune de ces régions de travailler de concert avec les collectivités pour nous aider à définir certains de ces quartiers. Il y a quelques mois, nous avons diffusé de l'information sur les quartiers, et une liste de ces derniers montre bien que certains se trouvent dans les collectivités les plus grandes. Nous avons des quartiers à Carbonear, Conception Bay South, Corner Brook, Gander, Grand Falls, Happy Valley, Labrador City, Mount Pearl, St. John's, Stephenville et Torbay. Il s'agit de certaines des collectivités les plus grandes. Pour vous montrer l'information dont nous disposons à l'échelle des quartiers, je vais encore une fois sélectionner Corner Brook. Voici la région de Corner Brook, et, cette fois, il s'agit de la ville dans son ensemble. Je peux m'approcher, et, à mesure que j'avance, je peux même voir jusqu'aux rues de la ville, et je peux sélectionner l'un de ces quartiers.

Quand j'ai sélectionné un quartier dans Corner Brook, on me ramène au diagramme. Je peux obtenir un profil du quartier, tout comme je l'ai fait pour la collectivité, mais il s'agit maintenant d'un quartier, et vous pouvez voir que la description est très détaillée. Je peux voir quelles rues sont incluses dans le quartier. Je peux consulter les données démographiques et l'information sur le revenu, mais vous remarquerez qu'une grande partie de l'information n'est pas aussi détaillée que celle sur la collectivité. C'est sur cet aspect que nous travaillons. Nous allons dans ce sens.

Je veux vous montrer une information particulière. Je veux vous montrer un outil que nous avons pour l'information sur les indicateurs à l'échelle des quartiers, et nous consulterons le revenu personnel par habitant. Voici une carte de Carbonear qui montre les revenus personnels par habitant. Dans ce cas, contrairement à la carte de la province que nous avons vue, nous faisons des comparaisons entre les quartiers. Sur cette échelle, le rouge représente les zones où le revenu personnel par habitant était le

the areas that had the highest personal income per capita. We have to keep in mind that we are comparing all neighbourhoods. In some cases, particular communities may not have all of the range of colours. In this case, Carbonear does not. There is a little arrow at the top here. I can do some fairly quick comparisons across communities and looking down at a neighbourhood level. Here is Conception Bay South, and here is Corner Brook. As I was saying, although Corner Brook does rank fairly high in terms of personal income on a provincial scale, community by community some neighbourhoods in Corner Brook have lower personal incomes than others. You can see that in other indicators as well.

I will move to Labrador City. You can see how quickly the system allows you to do these comparisons. Here is Mount Pearl, which you can see has one area in the green and an area in the red.

The St. John's area really shows the variety of neighbourhoods. St. John's we had broken down into 95 neighbourhoods. When we define these neighbourhoods, we are looking for populations of about 1,000 people, because we want to avoid issues with suppression and confidentiality. Neighbourhood areas of about 1,000 people are larger than at least a third of the communities in the province.

We have been concentrating on doing a number of different mapping options. We began by doing a lot of static maps. Users want us to do more dynamic mapping, and we have done a lot of searching around where to go for doing dynamic mapping. We work with a geographic information system, GIS, group that advises us on many of these things. They suggest that we go the route of looking at Google; a lot of people understand Google, relate to Google, have used Google.

We have begun by producing our community infrastructure mapping system, which allows you to see where infrastructure is located in the province. There has been quite a lot of interest in mapping infrastructure in this province, whether it be health care centres, government service centres, or other types of infrastructure, and people want to be able to do it through a dynamic application.

For our demonstration, I have selected the health care centres. It shows me where in the province the health care centres are located, and since it is dynamic, I can zoom into a region. If I zoom in far enough, I can click on the satellite image and see right down to the front door of this hospital. In addition, we say what the facility is, and we also have a profile of the facility that tells me what services are in that particular facility. I know the number of acute beds and whether or not there is cardiac care. It also gives me links to the website for the facility.

We are moving in the direction of having users be able to do searches. For example, if I go back out to the provincial level and I select health care system, I am looking at the health care layer,

moins élevé. Le vert représente les zones où le revenu personnel par habitant était le plus élevé. Il faut se rappeler que nous comparons tous les quartiers. Dans certains cas, les collectivités particulières peuvent ne pas comprendre des zones de toutes les couleurs. C'est le cas de Carbonear. Il y a une petite flèche en haut. Je peux faire des comparaisons assez rapides entre les collectivités et descendre à l'échelle des quartiers. Voici Conception Bay South, et voici Corner Brook. Comme je le disais, même si le classement de Corner Brook est assez bon en ce qui concerne le revenu personnel à l'échelle provinciale, certains quartiers de Corner Brook ont un revenu personnel moyen moins élevé que d'autres. Cela est également reflété dans d'autres indicateurs.

Penchons-nous maintenant sur Labrador City. Vous pouvez voir comment le système vous permet de faire rapidement ces comparaisons. Voici Mount Pearl, qui, comme vous pouvez le constater, compte une zone verte et une zone rouge.

La région de St. John's reflète vraiment la diversité des quartiers. Nous avons divisé St. John's en 95 quartiers. Quand nous définissons ces quartiers, nous cherchons des populations d'environ 1 000 personnes parce que nous voulons éviter les problèmes liés à la suppression et à la confidentialité. Les quartiers d'environ 1 000 personnes sont plus grands qu'au moins un tiers des collectivités dans la province.

Nous avons tenté de créer un certain nombre d'options relatives aux cartes. Nous avons commencé par créer de nombreuses cartes statiques. Les utilisateurs veulent que nous créions plus de cartes dynamiques, et nous avons longtemps cherché de tels services. Nous travaillons avec un système d'information géographique, ou un SIG, qui comprend un groupe qui nous conseille sur un grand nombre de questions. Il suggère que nous nous appuyons sur Google; beaucoup de gens comprennent Google et l'utilisent.

Nous avons commencé par produire notre système de cartes des infrastructures communautaires, qui vous permet de voir où se situent les infrastructures dans la province. Beaucoup de gens se sont intéressés à la création de cartes indiquant les infrastructures dans cette province, qu'il s'agisse de centres de soins de santé, de centres de services gouvernementaux ou d'autres types d'infrastructures. Les gens veulent être capables d'en prendre connaissance grâce à une application dynamique.

Pour notre démonstration, j'ai choisi les centres de soins de santé. Le système indique où se trouvent les centres de soins de santé dans la province, et, comme il est dynamique, je peux faire un gros plan sur une région. Si je m'approche assez, je peux cliquer sur l'image satellite et aller jusqu'à voir la porte d'entrée de cet hôpital. De plus, nous savons de quel type d'établissement il s'agit et nous pouvons également consulter un profil de l'établissement qui indique les services qui y sont offerts. Je peux voir le nombre de lits pour soins de longue durée et voir si l'établissement offre ou non des soins cardiaques. Il y a également des liens vers le site Web de l'établissement.

Les utilisateurs pourront bientôt faire des recherches. Par exemple, si je retourne à l'échelle provinciale et que je sélectionne le système de soins de santé, je peux faire une recherche des



but supposing I want only areas that have dialysis services, the system will show me only the health care centres that have that particular service. It is a nice way for users to identify where the services they want to look at are located in the province.

**The Chair:** Thank you very much indeed, Mr. Reid. That is very impressive.

We will now hear from Dr. Roy West.

**Dr. Roy West, Professor Emeritus of Epidemiology, Memorial University of Newfoundland:** Thank you, Mr. Chair. I could not resist having Mr. Reid put up this slide. It is not part of my presentation. I was going to say we have got a competitor in Newfoundland, but it is not on population health. This is the map that has been put together for tourists to Newfoundland to show that icebergs have been sighted in Newfoundland. If any of you will be doing any sightseeing, this tells you where the icebergs are, and you can see that there are quite a few. The bottom circle is where we might be going this evening for dinner out around Conception Bay, so with luck you will see some. Anyway, let us get to the serious business if we could.

I will be talking from an epidemiological perspective. It will be a mixture of some of the things we need to do from the point of view of research and also a bit from the point of view of health policy, and then I talk about some of the skills that are necessary in order to do Community Accounts.

This is not new to you, but I put it in to illustrate the importance of where we are going. You people know the population health wellness model as well as I do. This leads me to one way we are using Community Accounts: as a PhD public health professional teaching in a medical school, it is a constant battle to get across the concept of population health to undergraduate medical students. In fact, we are now able. Memorial University was in the lead in starting an interdisciplinary training program bringing nurses, physicians, pharmacists and social workers together for some courses. The Community Accounts are one of the tools we use for those groups when they are trying to identify projects. That is a small way we have started to introduce the population health model to those people. Unfortunately, those particularly in the medical school, with due respect to Dr. Keon, rapidly get switched back to the medical model for most of their training.

This slide is equally part of the lead in and is to remind us once again about the different determinants of health.

From the point of view of determinants of health, we want a healthy public policy. Ongoing information on the determinants of health is needed on a national, provincial, regional and community level. We have been hearing about our efforts,

régions qui offrent des services de dialyse, et le système me montrera seulement les centres de soins de santé qui offrent ce service particulier. Il s'agit d'un bon moyen pour les utilisateurs de déterminer où les services qui les intéressent sont situés dans la province.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Reid. C'est très impressionnant.

Nous écouterons maintenant le Dr Roy West.

**Dr Roy West, professeur émérite d'épidémiologie, Université Memorial de Terre-Neuve :** Merci, monsieur le président. Je n'ai pas pu m'empêcher de demander à M. Reid de montrer cette diapositive. Elle ne fait pas partie de mon exposé. J'allais dire que nous avons un concurrent à Terre-Neuve, mais ce n'est pas une diapositive sur la santé de la population. C'est une carte qui a été créée pour les touristes à Terre-Neuve, qui montre qu'on peut voir des icebergs à Terre-Neuve. Si certains d'entre vous veulent faire du tourisme, cette carte vous indique où sont les icebergs, et, comme vous pouvez le voir, il y a en beaucoup. Le cercle tout en bas représente l'endroit où nous irons peut-être souper ce soir, près de la baie de la Conception. Avec un peu de chance, vous en verrez. Bon, passons aux choses sérieuses.

Je parlerai d'un point de vue épidémiologique. Je discuterai à la fois de choses qui doivent être faites dans le domaine de la recherche et dans le domaine des politiques en matière de santé, puis, je parlerai de certaines des compétences qui sont nécessaires pour créer les comptes communautaires.

Je suis certain que vous êtes déjà au courant, mais j'ai inclus cette partie pour illustrer l'importance de ce que nous voulons faire. Vous connaissez le modèle de bien-être et de santé de la population aussi bien que moi. Cela m'amène à parler d'une des manières dont nous utilisons les comptes communautaires; en tant que professionnel de la santé publique ayant fait un doctorat et enseignant dans une faculté de médecine. J'ai toujours de la difficulté à faire comprendre le concept de la santé publique aux étudiants en médecine du premier cycle. En fait, c'est une chose que nous sommes maintenant capables de faire. La Memorial University a été l'une des premières à mettre en place un programme de formation interdisciplinaire qui rassemble les étudiants en sciences infirmières, en médecine, en pharmacie et en travail social pour certains cours. Les comptes communautaires sont l'un des outils que nous utilisons pour ces groupes quand ils tentent de déterminer leurs projets. C'est une manière qui nous permet, dans une certaine mesure, de présenter le modèle de santé de la population à ces étudiants. Malheureusement, ceux qui sont à la faculté de médecine, sauf votre respect, sénateur Keon, sont rapidement ramenés au modèle médical pour une grande partie de leur formation.

Cette diapositive faisait également partie de notre initiative et nous rappelle encore une fois les divers déterminants de la santé.

Du point de vue de ces déterminants, nous voulons une politique gouvernementale saine. Des données continues sur les déterminants de la santé sont nécessaires à l'échelle nationale, provinciale, régionale et communautaire. Nous avons entendu



sometimes struggles, to take that on down to the community level, and this is the important issue for which we are all here today.

We are jumping around a bit with the slides, and I am sorry about that. They are not in the same order as the package you have. However, we will take them in the order they come.

We all work in a complex environment. I was very much taken by this picture of Canada, which was produced on a policy project of the Canadian Public Health Association in Ottawa. There are a few words on there that perhaps may not apply to population health and well-being, but indirectly everything on that map applies to population health and well-being, and this is the mix, if you like, in which we are working.

I think you have already seen this morning that an awful lot of the factors on that slide are already included in Community Accounts. You were looking at demographics from the point of view of urban growth or decline. You saw stuff with regards to age. As you can see, different places become an issue, as do Aboriginal peoples, diversity, education, and so on. I am rather taken with this map because it also fits in with Mr. Hollett's model that population health does not just take place on its own; it is in this bigger environment of demographics, geopolitics, technical innovation and globalization. We have to remember that when we are trying to put together all the initiatives that we believe should happen as far as population health in Canada.

I will talk a bit about how epidemiology and research using Community Accounts relate to policy and practice. You have probably seen this triangle before from others. I like this triangle, because from the point of view of setting policy, and the point of view of carrying out practice, if we are to be evidence-based, as we have talked about, we will always have to do research and we will always have to be on the leading edge. Equally, if the triangle had arrows, it would have double arrows, because coming out of research is evidence-based policy put into practice; it does not always work, and therefore it has to go back and there would be more research. Today we are here to put in perspective how Community Accounts can help us as we work our way through this triangle.

I will talk about the use of Community Accounts by each of the different points on that triangle. I have deliberately said "applied health researchers." I am not trying to demote other areas of health research, including basic science and clinical research, and often they may be developing some of the indicators that we need to use from the point of view of looking at the well-being or health of a community. However, Community Accounts are particularly pertinent to applied health researchers. From the surveillance point of view, they can give us trends in the determinants of health and some trends in health outcomes.

parler des efforts que nous avons déployés pour descendre jusqu'à l'échelle communautaire, et ces derniers ont parfois constitué de véritables batailles. Il s'agit d'une question importante, et c'est la raison pour laquelle nous sommes tous ici aujourd'hui.

Nous sautons d'une diapositive à l'autre, et j'en suis désolé. Elles ne sont pas dans le même ordre que la trousse que vous avez reçue. Cependant, nous les aborderons dans l'ordre où elles se présentent.

Nous travaillons tous dans un milieu complexe. J'ai beaucoup aimé cette image du Canada, qui a été produite dans le cadre d'un projet stratégique de l'Association canadienne de santé publique à Ottawa. Il y a quelques termes sur la carte qui ne s'appliquent peut-être pas à la santé et au bien-être de la population, mais, indirectement, tous les éléments concernent cette question. C'est à cet ensemble d'éléments que nous travaillons.

Je crois que vous avez déjà vu, ce matin, qu'un grand nombre des facteurs sur cette diapositive sont déjà inclus dans les comptes communautaires. Nous avons considéré les données démographiques du point de vue de la croissance ou de la décroissance urbaine. Vous avez vu des données relatives à l'âge. Comme vous pouvez le constater, certains domaines sont problématiques, comme c'est le cas des Autochtones, de la diversité, de l'enseignement, et cetera. J'aime beaucoup cette carte, car elle est également conforme au point de vue de M. Hollett, selon lequel la santé publique ne peut pas être envisagée indépendamment; elle fait partie d'un contexte plus large qui est influencé par les données démographiques, la situation géopolitique, les innovations techniques et la mondialisation. C'est une chose dont nous devons nous souvenir quand nous tentons de mettre en œuvre des initiatives liées à la santé de la population au Canada.

Je vais parler un peu de la manière dont l'épidémiologie et la recherche s'appuyant sur les comptes communautaires s'appliquent à la politique et à la pratique. Vous avez probablement déjà vu ce triangle. Je l'aime bien parce que si nous voulons élaborer des politiques et adopter des pratiques qui s'appuient sur des éléments probants, comme nous l'avons dit, nous devons toujours faire de la recherche et rester à l'avant-garde. De plus, si le triangle comprenait des flèches, ces dernières auraient deux têtes parce que la recherche donne lieu à des politiques fondées sur des éléments probants qui sont mises en pratique; mais cela ne fonctionne pas toujours, et il faut donc retourner faire d'autres recherches. Aujourd'hui, nous sommes ici pour montrer comment les comptes communautaires peuvent nous aider à travailler dans le cadre de ce triangle.

Je parlerai de l'utilisation des comptes communautaires dans chacun des trois domaines reflétés dans ce triangle. J'ai intentionnellement dit « recherches appliquées dans le domaine de la santé ». Je ne veux pas dévaloriser les autres domaines de recherche en santé, qui comprennent la séance fondamentale et la recherche clinique, car ces chercheurs peuvent élaborer certains des indicateurs dont nous avons besoin quand nous utilisons le bien-être ou la santé d'une collectivité. Cependant, les comptes communautaires sont particulièrement pertinents dans le cas des chercheurs dont les travaux dans le domaine de la santé sont

When I talk about trends, that raises the issue of ongoing surveys in order to measure change over time, and this is one of the areas we need to concentrate on a little more. Community accounts are made up of snapshots at various points in time of risk factors for health and well-being, but also they contain some data on outcomes. From that point of view, we can use them to be the generator of research questions. There are many, many research questions that the Community Accounts cannot answer, but they can be the generator of a research question for which the research then can be more specifically carried out.

For instance, I will take a simplistic example. If we had a community with a high rate of smoking on the one hand and a high rate of lung cancer on the other, it would seem obvious, based on our knowledge today, that those two are linked. However, if they were a risk factor and a health outcome for which we did not have the same level of knowledge, we would not be able to answer the total question of whether this caused that, but it would be a flag to researchers that they need to do studies into whether there is a link between the two.

From the point of view of research, the Community Accounts will be very useful as we go down the road. Also, as we go longer in time and we get more surveys done at the community level, we may get closer to being able to use the Community Accounts specifically to answer questions, because we will be able to bring the time factor in and look at environmental factors, risk, income, and so on and then look a number of years later to see whether those have changed. That is important from the point of view of improving health. It is not just setting up questions that we can research with regard to whether one thing causes another; it is whether some of the interventions that we make will be able to prevent people becoming ill. From that point of view, from a research point of view, from the point of view of using etiological research, then the Community Accounts are a very good generator of research. Moreover, from the point of view of health services research, if one carries out certain changes in health services in a community, one can then use the Community Accounts to examine whether those changes in health services are having any effect.

With regard to program evaluation that governments or health authorities put in place, the Community Accounts will not give you the cost information, but in this day and age you have got to have the source of the benefit, the source of the effectiveness of the information. The cost information, the researcher may need to get from elsewhere, but at least from the point of view of program evaluation, we do have some benefit or effectiveness outcome information.

appliqués. Sur le plan de la surveillance, ils peuvent nous informer des tendances relatives aux déterminants de la santé et aux résultats pour la santé.

Quand je parle de tendances, cela soulève la question des enquêtes continues qui permettent de mesurer le changement au fil du temps, et il s'agit de l'un des domaines auxquels nous devons porter plus d'attention. Les comptes communautaires sont constitués de représentations des facteurs de risque pour la santé et le mieux-être à divers moments précis, mais ils contiennent également certaines données sur les résultats. De ce point de vue, nous pouvons les utiliser pour générer les questions de recherche. Il y a de nombreuses questions de recherche auxquelles les comptes communautaires ne peuvent pas répondre, mais ils peuvent permettre de formuler une question de recherche à laquelle on devra répondre en faisant de la recherche sur un sujet bien précis.

Je vais prendre un exemple très simple. S'il y a une collectivité avec un taux de fumeurs très élevé et un taux de cancer du poumon également très élevé, il semblerait évident, selon nos connaissances actuelles, que ces deux taux sont liés. Cependant, s'il y avait un facteur de risque et un résultat pour la santé pour lequel nous n'avions pas le même niveau de connaissance, nous ne serions pas en mesure de déterminer de manière sûre si le facteur est la cause du résultat. Toutefois, cela indiquerait aux chercheurs qu'ils doivent effectuer des travaux à cet égard pour déterminer s'il y a un lien entre les deux.

En ce qui concerne la recherche, les comptes communautaires seront très utiles à l'avenir. De plus, à mesure que nous faisons des progrès et que plus d'enquêtes sont réalisées à l'échelle communautaire, il se peut que nous soyons éventuellement capables d'utiliser les comptes communautaires pour répondre à des questions parce que nous serons en mesure d'inclure le facteur temps et de considérer les facteurs environnementaux, les risques, le revenu, et ainsi de suite, et y revenir un certain nombre d'années plus tard pour voir s'ils ont changé. Cela est important si nous voulons améliorer la santé. Il ne s'agit pas simplement de formuler des questions de recherche pour voir si un facteur particulier cause un résultat particulier; il s'agit de déterminer si certaines de nos interventions pourront permettre que les gens ne tombent pas malades. Du point de vue de la recherche, et de la recherche étiologique en particulier, les comptes communautaires constituent un très bon générateur de recherche. En outre, dans le cadre de la recherche sur les services de santé, si l'on apporte certains changements aux services de santé d'une collectivité, on pourra ensuite utiliser les comptes communautaires pour déterminer si ces changements ont des effets.

En ce qui a trait aux évaluations de programmes effectuées par les gouvernements ou les autorités en matière de santé, les comptes communautaires ne vous fourniront pas d'information sur les coûts, mais vous devez, aujourd'hui, connaître la source du bénéfice et la source de l'efficacité de l'information. Le chercheur peut obtenir l'information sur les coûts d'une autre source, mais nous pouvons au moins avoir de l'information sur les bénéfices ou sur les résultats aux fins de l'évaluation des programmes.



Last, a major part of being a researcher in an academic environment is training the next generation of graduate students. In the community health division at Memorial University, we found Community Accounts invaluable for training the next generation of graduate students, whether they will work as researchers or take up positions in government.

The second point on the triangle is policy. We can get down to the regional level fairly easily. This point has been eloquently made by Mr. Reid and Mr. Hollett using the Canadian Community Health Survey. We have been in this fortunate position because of the work of Dr. Segovia and then jointly our work on the 2001 survey. We had a sample size in Newfoundland and Labrador large enough to get down to the community level, but we need to be able to keep the effort going.

Some of these examples are quite simplistic, but it is important to see that policy questions could be answered using Community Accounts. Over time we should be able to measure the well-being status of the population and the trends in the determinants of health in that population. You saw illustrations of this from Mr. Reid this morning. What are the main health problems in a population? Are determinants of health and health itself with the population becoming better or worse?

I am not trying to give you a lecture on policy-making, but there are four main steps, as you probably are aware. The first is to identify an issue and recognize that issue, and then obviously the question for government is whether it should do anything about that issue. Senator Keon said to me earlier today that the health system is running out of money. We have got to push more in the population health direction. We all know that we cannot do everything. Some in these four stages may need other information as well as Community Accounts, but I believe that the Community Accounts can be very useful from the point of view of helping government to decide whether it is a big enough problem and whether the government should put resources in that area. Policy formulation and what interventions are available may be a little outside of Community Accounts, but much of the demographic and other information in Community Accounts will help to determine to whom interventions should be directed.

From the point of view of implementation and monitoring and how government should decide which intervention should be implemented, once again perhaps in that area Community Accounts do not play such a large role, but there are times when you can link community account data with other data that can help.

Finally, in policy evaluation, we look at the questions of what is the overall impact on health and quality of life and how will the government know its new policies are successful. Obviously, there

Enfin, un des rôles majeurs d'un chercheur dans un milieu universitaire est de former la prochaine génération d'étudiants diplômés. À la division de la santé communautaire de la Memorial University, nous considérons les comptes communautaires comme un outil indispensable à la formation de la prochaine génération d'étudiants diplômés, qu'ils décident de travailler en tant que chercheurs ou d'accepter un poste au gouvernement.

La deuxième pointe du triangle représente les politiques. Dans ce domaine, nous pouvons assez facilement descendre à l'échelle régionale. C'est une question que M. Reid et M. Hollett ont très bien approfondie en s'appuyant sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Nous en sommes rendus là grâce au travail du Dr Segovia et à notre travail conjoint dans le cadre de l'enquête de 2001. La taille de l'échantillon que nous avons à Terre-Neuve-et-Labrador était assez grande pour que nous puissions descendre jusqu'à l'échelle communautaire, mais nous devons être en mesure de poursuivre nos efforts.

Certains de ces exemples sont très simples, mais il est important de voir qu'on pourrait répondre à des questions stratégiques en se servant des comptes communautaires. À long terme, nous devrions être capables de mesurer le bien-être de la population et les tendances relatives aux déterminants de la santé de cette même population. M. Reid vous en a donné des exemples ce matin. Quels sont les problèmes de santé principaux d'une population? La santé de la population et ses déterminants sont-ils en train de s'aggraver ou de s'améliorer?

Je ne veux pas vous faire un discours sur l'élaboration des politiques, mais il y a quatre étapes principales, comme vous le savez probablement déjà. La première étape consiste à déterminer une question et à la reconnaître. Puis, le gouvernement doit évidemment décider s'il devrait prendre des mesures relatives à cette question. Aujourd'hui, le sénateur Keon a dit que le réseau de la santé manque d'argent. Nous devons davantage miser sur la santé de la population. Nous savons tous qu'il est impossible de tout faire. Outre les comptes communautaires, d'autres informations peuvent être nécessaires à certaines de ces quatre étapes, mais je crois que les comptes communautaires peuvent être très utiles et aider le gouvernement à décider s'il s'agit d'un problème assez important et s'il devrait investir des ressources dans ce domaine. L'élaboration de politiques et la détermination des interventions possibles ne relèvent peut-être pas du domaine des comptes communautaires, mais une grande partie des données démographiques et des autres renseignements inclus dans les comptes communautaires aideront à déterminer dans quels cas on doit intervenir.

De plus, les comptes communautaires ne jouent peut-être pas un rôle important dans le domaine de la mise en œuvre et de la surveillance, et dans les cas où le gouvernement doit décider quelle intervention est nécessaire, mais, il y a des cas où les données des comptes communautaires peuvent être reliées à d'autres données qui peuvent aider.

Enfin, pour ce qui est de l'évaluation des politiques, nous tentons de déterminer quelles sont les répercussions globales des politiques sur la santé et la qualité de vie et comment le



are limitations; we cannot do this in all areas, but I think that Community Accounts can be very useful to government for evaluation in many of the areas captured in Community Accounts. As a researcher and as somebody who previously worked in government, I will say that governments are not good at evaluation. We need to get better at evaluation. Perhaps one of the excuses in the past has been that data were not available. With Community Accounts, that excuse is starting to be removed.

This next slide is about use of Community Accounts by the community. You will be hearing a lot about that this afternoon and tomorrow morning identifying health challenges within the community, and you have seen from Mr. Reid a better understanding of community demographics, determinants of health within the community, the health outcomes of the community. You heard from Mr. Hollett about his talks with mayors and other civic officials from the point of view of developing community-based programs. Communities are keen at the community level to institute simple programs they believe will help their population and help improve the well-being and health of that population. Some of those programs might be economic, providing good jobs for the people who live in their jurisdiction, but a number pertain directly to risk factors with regards to health. We have seen that over the years with the Heart Health Program across Canada. Some communities in Newfoundland have built trails and encourage members of their community to walk those trails every day, and that initially started under the Heart Health Program. It has since been picked up by some of the federal sponsorship programs to put jobs into communities. Community accounts can certainly help communities decide where they want to target specific activities within their own community to improve the health and well-being of the community.

Evaluating those programs at the community level is similar to doing it at the higher government level. From a methodological and an epidemiological point of view, I would stress that some programs at the community level are so modest in cost that if you are not careful, you can end up spending a fortune on evaluation, and even though as an epidemiologist I love evaluation, I would say quite frankly it is not worth the money. With many community-level programs, we should take the best-practice approach of saying, "We think this works; it does not cost us much money; let us put it in place." I think the Community Accounts are ideal for identifying those sorts of programs.

Here are a few issues, from my point of view as an epidemiologist, around developing the Community Accounts. The first issue is information on all the determinants of health.

gouvernement saura si ces nouvelles politiques ont les effets escomptés. Évidemment, il y a des limites; nous ne pouvons pas faire cela dans tous les domaines, mais je crois que les comptes communautaires peuvent être très utiles pour le gouvernement quand ce dernier veut évaluer ces politiques dans les nombreux domaines qui sont inclus dans les comptes communautaires. En tant que chercheur et ancien employé du gouvernement, je peux affirmer que les gouvernements ne sont pas de bons évaluateurs. Nous devons nous améliorer dans ce domaine. L'une des excuses qui ont été utilisées par le passé est que les données n'étaient pas disponibles. Avec les comptes communautaires, cette excuse n'est plus souvent utilisée.

Cette prochaine diapositive porte sur l'utilisation des comptes communautaires par la collectivité. Cet après-midi et demain matin, vous entendrez beaucoup parler de la détermination des défis en matière de santé au sein de la collectivité. M. Reid vous a permis de mieux comprendre les données démographiques à l'échelle communautaire, les déterminants de la santé au sein de la collectivité, et les résultats pour la santé de la collectivité. M. Hollett vous a parlé de ses discussions avec les maires et d'autres fonctionnaires municipaux sur la création de programmes communautaires. Les collectivités s'intéressent beaucoup à la création de programmes simples à l'échelle communautaire, lesquels, selon elles, aideront leur population et amélioreront son bien-être et sa santé. Certains de ces programmes sont économiques et fournissent de bons emplois aux habitants de leur région, mais un certain nombre d'entre eux concernent directement les facteurs de risque liés à la santé. Au fil des ans, nous avons témoigné de cela dans tout le Canada avec le Programme de la santé du cœur. Certaines collectivités de Terre-Neuve ont créé des sentiers et encouragent les membres de leur collectivité à les utiliser chaque jour, initiative qui a connu ses débuts dans le cadre du Programme de la santé du cœur. Cette dernière a été adoptée par certains programmes parrainés par le gouvernement fédéral afin de créer des emplois dans les collectivités. Les comptes communautaires peuvent à coup sûr aider les localités à décider quelles activités particulières elles veulent mettre en œuvre dans leur propre collectivité pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

L'évaluation de ces programmes à l'échelle communautaire est semblable à celles qui se font à l'échelle nationale. D'un point de vue méthodologique et épidémiologique, j'aimerais souligner que certains programmes à l'échelle communautaire sont si peu coûteux que, si l'on ne fait pas attention, on pourrait finir par dépenser une fortune sur l'évaluation. Même si, en tant qu'épidémiologiste, j'adore les évaluations, je dois être franc et dire que, parfois, elles ne valent pas la peine financièrement. Dans le cas d'un grand nombre de programmes communautaires, nous devrions adopter l'approche des pratiques exemplaires et dire : « Nous pensons que le programme fonctionne; il ne coûte pas grand-chose; mettons-le en œuvre. » Selon moi, les comptes communautaires constituent un outil idéal pour déterminer ce genre de programme.

J'aimerais soulever quelques questions qui, de mon point de vue en tant qu'épidémiologiste, touchent la création des comptes communautaires. La première question concerne l'information

We heard from Mr. Hollett how gradually over time Newfoundland has got to the point that there are these different accounts. In the early days I used to ask Dr. May and Mr. Hollett what they meant by an "account." As an epidemiologist, I tended to think in terms of databases and words like that. It turns out that "account" is a word that economists use. Dr. May introduced the word, but from the point of view of the accounts, we had to start looking at where could we find data for the various accounts. As you heard from Mr. Hollett, they have done very good job on that.

We have talked about sample size and community-level data, and you have been told that Dr. Segovia's 1996 survey had 12,000 Newfoundlanders. I would add one piece — something that makes Newfoundland special as well — which is that in that study funded by the old National Health Research and Development Program, Dr. Segovia asked people for their permission to link their survey data to their use of the health system, through using the hospital database and the physician payment database. A number of people from across the country who reviewed that project said they would fund the project but they did not have too much hope; they thought the response rate would be very low. However, 88 per cent of those 12,000 people agreed to have their data linked to their health data. To me, that is a reflection of the different level of trust in researchers and the system in Newfoundland, as well as perhaps the sense of Newfoundlanders wanting to help each other. He had very good cooperation from that point of view.

The sample size is important if we are going to drive this down to the community level, whether it be here in Newfoundland or across the country. Quite frankly, I think Statistics Canada cannot afford to drive it that low all the way across the country. Moreover, as health is a provincial matter and as at the community level the majority of the benefit will be at the provincial level, then Statistics Canada may have an argument that provincial governments should pay.

Access to data and confidentiality and privacy issues all go together. As you have seen, Community Accounts are aggregated data and have no identifiers of individuals on those data. The only restriction from the confidentiality and privacy point of view is as Mr. Reid said, taking it down to too low a level, to too small a community. If there are only 10 people in a community, for example, then there is the risk that if you start talking about the data on the 10 people you can identify people. One has to be careful from that point of view.

To do research studies, we need to link some of the data that is going into the Community Accounts with other data, but that is a separate issue. In those issues, we have to go back to the original

sur tous les déterminants de la santé. M. Hollett a affirmé que la province de Terre-Neuve a travaillé pendant longtemps à ces divers comptes, dont la création a été graduelle. Quand les comptes étaient à leurs débuts, j'ai demandé au Dr May et à M. Hollett ce qu'ils voulaient dire par « compte ». En tant qu'épidémiologiste, j'utilisais plus souvent des termes comme banques de données et des mots semblables. Le mot « compte » est souvent utilisé par les économistes. Le Dr May a décidé d'utiliser ce mot, mais, en ce qui concerne les comptes, nous devons commencer par déterminer où nous trouverions les données pour les divers comptes. Comme l'a mentionné M. Hollett, ils ont fait du très bon travail à cet égard.

Nous avons parlé de la taille des échantillons et des données sur les collectivités. On vous a dit que l'enquête de 1996 du Dr Segovia comptait 12 000 Terre-Neuviens. J'aimerais ajouter quelque chose concernant les Terre-Neuviens, qui les rend si spéciaux. Dans le cadre de l'étude financée par l'ancien Programme national de recherche et de développement en matière de santé, le Dr Segovia a demandé aux gens de lui donner la permission de relier leurs données, recueillies aux fins de l'enquête, à celles sur leur utilisation du système de santé, lesquelles sont contenues dans les banques de données des hôpitaux et dans les systèmes de paiement des médecins. Un certain nombre de personnes de diverses régions du pays qui ont étudié le projet ont affirmé qu'elles financeraient le projet, mais elles n'avaient pas beaucoup d'espoir parce qu'elles pensaient que le taux de réponse serait très peu élevé. Cependant, 88 p. 100 des 12 000 personnes en question ont accepté que les données recueillies aux fins de l'enquête soient liées aux données sur leur santé. Pour moi, cela reflète une confiance envers les chercheurs et le système à Terre-Neuve et peut-être une volonté des Terre-Neuviens de s'entraider. Le Dr Segovia a bénéficié d'une très grande collaboration à cet égard.

La taille des échantillons est importante si nous voulons descendre jusqu'à l'échelle communautaire, que ce soit ici à Terre-Neuve ou dans d'autres régions du pays. Sincèrement, je pense que Statistique Canada n'a pas les moyens de descendre à ce niveau dans toutes les régions du pays. Par ailleurs, comme la santé est du ressort des provinces, et que ce sont surtout elles qui bénéficieront des données communautaires, Statistique Canada pourrait maintenir que c'est aux gouvernements provinciaux de payer.

L'accès aux données et les problèmes liés à la confidentialité et au respect de la vie privée vont de pair. Comme vous l'avez vu, les comptes communautaires sont constitués de données cumulatives, et rien ne permet d'identifier les particuliers dont les données sont présentées. La seule restriction en ce qui concerne les problèmes de la confidentialité et de la vie privée consiste, comme M. Reid l'a dit, à ne pas descendre à une échelle trop basse ni viser une collectivité trop petite. S'il y a seulement dix personnes dans la collectivité, par exemple, on risque de pouvoir identifier ces dix personnes si leurs données sont affichées. On doit donc porter une attention particulière à ce problème.

Pour réaliser des études de recherche, nous devons établir des liens entre certaines des données des comptes communautaires et d'autres données, mais il s'agit d'un problème distinct. Dans ces



database. We have to follow all of the ethical guidelines and get permission to do a linkage at the identified level. We have also talked about the ongoing issue versus the cross-section of data. We have two slices now, 1996 and 2001. We would like to see that slice being done every five years.

I want to touch on a concept that I suspect you are well aware of: we need to measure health outcomes, not just health outputs. To me, a health output is the number and types of programs and services delivered, and using a population health example, health promotion programs put in place or a reduction in hospital waiting times. Health outcome is the actual effect on the health and well-being of the population or person, and obviously that takes us right back into Community Accounts. From a population health point of view, the example for health promotion is actual change in lifestyle risk behaviour — not just people getting the message, but people actually changing their lifestyle and their behaviour.

As a public health person I could not resist including this next point. We are seeing a lot of emphasis on waiting lists at the moment in Canada, and I wonder whether we are doing enough to show whether the interventions improve the quality of life or the life expectancy of people. We may be spending money to reduce waiting lists and we may not be having quite as much effect as we hoped. I just raise that question. That is a little outside of why I am here today.

We have talked about longitudinal community health surveys. In Canada, there is a need for ongoing information at all jurisdictional levels. We have talked about that. Statistics Canada provides it at the national and provincial levels and sometimes at the regional level but not always across the country. At the community level, to my knowledge, there are no routinely funded longitudinal surveys. We are not to the point where provinces, including Newfoundland, are doing what Statistics Canada is doing at the national, provincial, and regional levels. No province is yet to the point where we are doing it routinely at the community level. Mr. Hollett mentioned that we have done some thinking about this. We have had some discussion with colleagues in different levels of government; we are still working on it.

This next slide is an example; the numbers are approximate, so do not use them as the actual costs. In Newfoundland and Labrador, the estimated cost for a survey that is carried out every five years, over the next twenty years, in today's dollars, would be \$2 million, roughly \$500,000 a survey. The current Newfoundland and Labrador health budget is approximately \$2 billion or \$40 billion over 20 years. Therefore, the cost of collecting data for

cas, nous devons retourner aux banques de données initiales. Nous devons suivre toutes les lignes directrices déontologiques et obtenir leur permission de relier ces données à l'échelle déterminée. Nous avons également discuté de l'analyse des données en continu par opposition à leur analyse ponctuelle. Nous disposons actuellement de deux tranches de données, celles de 1996 et celles de 2001. Nous aimerions qu'une nouvelle tranche soit réalisée tous les cinq ans.

Je voudrais aborder un concept que, je le soupçonne, vous connaissez déjà; nous devons mesurer les résultats pour la santé, plutôt que seulement les extrants. Pour moi, un extrant dans le domaine de la santé, c'est le nombre et le genre de programmes et de services offerts, et, dans le domaine de la santé de la population, les programmes de promotion de la santé qui sont mis en œuvre ou une réduction des temps d'attente dans les hôpitaux. Les résultats pour la santé sont les effets réels sur la santé et le bien-être de la population ou d'une personne, et, évidemment, cela nous ramène directement aux comptes communautaires. Pour ce qui est de la santé de la population, l'exemple de la promotion de la santé reflète un véritable changement dans les comportements et les modes de vie à risque — il ne suffit pas que les gens comprennent les messages : ils doivent véritablement changer leur mode de vie et leurs comportements.

En tant que professionnel qui œuvre dans le domaine de la santé publique, je n'ai pas pu m'empêcher d'inclure le point suivant. Actuellement, au Canada, on accorde beaucoup d'importance aux listes d'attente, et je me demande si l'on en fait assez pour déterminer si les interventions améliorent la qualité de vie ou l'espérance de vie des gens. Nous dépensons peut-être de l'argent pour réduire la liste d'attente, et cela n'a peut-être pas un effet aussi considérable qu'on le voudrait. Je voulais seulement soulever cette question. Ce n'est pas tout à fait pour ça que je suis ici aujourd'hui.

Nous avons discuté des enquêtes longitudinales sur la santé des collectivités. Au Canada, nous avons besoin d'une information continue à toutes les échelles. Nous avons parlé de cette nécessité. Statistique Canada fournit ces données aux échelles nationale et provinciale et parfois même à l'échelle régionale, mais pas toujours dans tout le pays. À l'échelle communautaire, à ma connaissance, il n'y a pas d'enquêtes longitudinales régulièrement financées. Les provinces, y compris Terre-Neuve, n'en font pas autant à cette échelle que Statistique Canada en fait aux échelles nationale, provinciale et régionale. Nous n'en sommes pas encore rendus là. Aucune province ne fait encore de telles enquêtes à l'échelle communautaire de manière régulière. M. Hollett a mentionné que nous avons réfléchi à cette question. Nous avons eu des discussions avec des collègues de divers ordres de gouvernement; nous travaillons toujours à ce problème.

La prochaine diapositive est un exemple; les nombres sont approximatifs, alors ne les considérez pas comme des coûts réels. À Terre-Neuve-et-Labrador, le coût estimé d'une enquête qui serait réalisée tous les cinq ans, sur une période de 20 ans, serait de deux millions de dollars, c'est-à-dire d'environ 500 000 \$ par enquête, en dollars courants. Le budget actuel de Terre-Neuve-et-Labrador pour la santé s'élève à environ deux milliards de dollars,



the Community Accounts from the health point of view — and I should have put in that qualification because, obviously, there are many other databases going into the Community Accounts — over the next 20 years, if we were able to do that, would be 0.005 per cent of the health budget. I often tell government when I am trying to get more research dollars from government that any business, from the research and development point of view, probably puts anything between 8 per cent and 10 per cent back into research and development to keep their business going. I use that argument to try to get more research dollars for the university, because we have got nowhere near that sort of level. Similarly, here is another activity we desperately need across the country, and the cost would be relatively small. As I said, these are just approximate figures, so do not hold me to this, but a magnitude of one or two would not change this 0.005 very much. It is pretty small.

This next slide shows the attributes needed for others to develop Community Accounts. I deliberately put these in order of priority. You need highly skilled staff. You saw this morning how skilled Mr. Reid is. In doing secondary research with databases, as a researcher, I know the questions I want to answer, but technologically I do not know what I can do and not do with those databases. You need a highly skilled person to help put your vision or your research into reality. We are fortunate here that through the staff in Mr. Hollett's division, people like Mr. Reid, we have those skills.

The worst thing that could happen is if we encouraged others across the country to build similar Community Accounts and they did not use the right people to bring the data together. I will hold back on the old adage "garbage in, garbage out," but there is a real problem because some instances it will not work, and if it does not work in some instances, that will create a problem for all of us. I do stress that you have got to have the right people.

You also have to have valid data, obviously, and you need to make sure not only about the sample size, but also that the questions being asked in any survey are giving you valid data that you can use. You need a total understanding of the structure of each data set. Once again that not only links back to the people who manage those data sets and do the computer technology on those data sets, but it also links to the next point, which is the identification of appropriate indicators to use in Community Accounts. Each of the databases that Mr. Hollett and his staff have linked in have literally hundreds of indicators, and it is a matter of identifying which are the best ones to reflect the health and well-being in those communities. That takes real skill. I remember the arguments just over the health accounts. I have been more involved obviously in the health side. I remember the arguments that Dr. May, Mr. Hollett, and I had over which

ou 40 milliards de dollars sur 20 ans. Par conséquent, si nous étions en mesure de faire la collecte de données sur la santé pour les comptes communautaires pour les 20 prochaines années — les coûts de cela représenteraient 0,005 p. 100 du budget pour la santé — et j'aurais dû ajouter cette réserve parce que, évidemment, il y a bien d'autres banques de données qui alimentent les comptes communautaires. Quand je tente d'obtenir plus d'argent du gouvernement pour ma recherche, j'affirme toujours que toute entreprise de recherche et de développement réinvestit probablement de 8 à 10 p. 100 de cet argent dans la recherche et le développement afin d'assurer la continuité de ses activités. C'est un argument que j'utilise pour tenter d'obtenir plus d'argent pour la recherche universitaire parce que nous recevons un montant qui n'est même pas près d'atteindre ce niveau. Il s'agit d'une autre activité dont nous avons désespérément besoin dans tout le pays et qui est relativement peu coûteuse. Comme je l'ai dit, il s'agit de nombres approximatifs. Ne les prenez donc pas au pied de la lettre, mais même une différence de 1 ou 2 n'aurait pas de conséquence importante sur ce taux de 0,005. C'est minime.

La prochaine diapositive montre les attributs nécessaires pour que d'autres provinces créent des comptes communautaires. J'ai délibérément mis ces éléments en ordre de priorité. On a besoin d'un personnel hautement qualifié. Ce matin, vous avez témoigné des compétences de M. Reid. En tant que chercheur, quand je fais de la recherche secondaire en utilisant des banques de données, je sais quelles sont les questions auxquelles je veux répondre, mais, sur le plan technologique, je ne sais pas ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire avec ces banques de données. Vous avez besoin d'une personne hautement qualifiée pour vous aider à réaliser votre vision ou votre recherche. Nous sommes chanceux ici de bénéficier de ce genre de compétences grâce au personnel de la division de M. Hollett, dont M. Reid fait partie.

La pire chose qui pourrait arriver si nous encourageons d'autres provinces à créer des comptes communautaires semblables est qu'elles n'utilisent pas des personnes qualifiées pour rassembler les données. J'ai envie de dire que « à données inexactes, résultats erronés », mais il y a un vrai problème parce que dans certains cas, ça ne fonctionnera pas. Si ça ne fonctionne pas dans certains cas, cela créera un problème pour tout le monde. Je répète donc qu'il faut des gens qualifiés.

Il faut évidemment aussi que les données soient valides, et vous devez vous assurer non seulement de la taille de l'échantillon, mais également que les questions posées dans toute enquête produisent des données valides que vous pouvez utiliser. Vous devez comprendre pleinement la structure de chaque ensemble de données. Encore une fois, cela est lié aux personnes qui gèrent ces ensembles de données et qui les traitent de façon informatique, mais c'est également lié au prochain point, qui est la détermination d'indicateurs appropriés qui seront utilisés dans les comptes communautaires. Chacune des banques de données que M. Hollett et son personnel ont utilisées comprennent littéralement des centaines d'indicateurs, et il est nécessaire de déterminer ceux qui refléteront le mieux la santé et le bien-être dans ces collectivités. Cela prend de véritables compétences. Je me souviens des débats que nous avons eus au sujet des comptes sur

health indicators, risk indicators, disease indicators and so on should go in as the best way of reflecting the well-being of that community. Obviously, you have got to have people from two levels. You have to have people from the health side, and I am talking specifically about the health account, who understand those data, but you also need people from the community to advise you on what they will understand best.

It is not easy, and that probably is my main message. From a methodological point of view, it looks so smooth and easy. Thanks to Mr. Hollett, his staff, Mr. Reid, I am absolutely amazed at the difference today and where we have been able to take this compared with where we were in 1998. If you had had a demonstration in 1998, it would have been very simple and not at all like what Mr. Reid was able to show you, but it was because we have the people and the databases and because we were able to identify the appropriate indicators. It is not easy, but as you have already heard, and it should not be me who is saying this, it should be Mr. Hollett saying it, Newfoundland is willing to share the lessons learned. You also heard about Mr. Hollett's experience with Nova Scotia. We would like to get a little bit of credit for what Newfoundland has done.

I will touch on two of the major next steps for Community Accounts. First is the study of long-term trends. We must recognize that we have to put in place the structures that will generate the data over the long haul so that we have five-year data. We had some discussion around that. In different jurisdictions, that length of time might need to change a little, but we felt that particularly if we were looking for change in risk factors, you probably would not get much cost benefit out of doing it every year. We decided that it would be good to do this every five years in Newfoundland.

The second point is to have all provinces and territories using Community Accounts constructed with a common methodology. Over the years I have worked in several provinces in Canada and in several areas of public health, and one of our biggest problems is that when we try to do comparisons between provinces, we end up getting snared by the fact that data has been collected in a different way almost in each of the ten provinces. That cuts down on our ability to do provincial comparisons. It also cuts down on our ability to roll that data up so that we can have a national picture as well. I will stop there.

**The Chair:** Thank you so much, all three of you. What an appropriate place to end. I wish we had more time for questions, but it was very important that we hear all three of you, and as a matter of fact, many of the questions I have I think will be answered this afternoon or tomorrow morning. It may be that this has been our best option.

la santé. J'ai bien sûr été davantage intéressé par ces domaines. Je me souviens des débats que j'ai eus avec le Dr May et M. Hollett sur les indicateurs de santé, de risques, de maladies et autres qui devaient être utilisés pour mieux refléter le bien-être de la collectivité. Évidemment, il faut qu'il y ait des gens des deux niveaux. Il faut qu'il y ait des représentants du domaine de la santé, et je parle particulièrement du compte sur la santé, qui comprennent ces données, mais il faut également qu'il y ait des gens de la collectivité qui vous informeront de ce qu'ils comprennent le mieux.

Ce n'est pas facile, et c'est probablement là mon message principal. D'un point de vue méthodologique, cela paraît facile. Je remercie M. Hollett, son personnel et M. Reid. Je suis absolument émerveillé par la différence que j'ai vue aujourd'hui et par ce qui a été accompli depuis 1998. Si nous avions eu une démonstration en 1998, elle aurait été très simple et pas du tout comme celle que vous a faite M. Reid, mais cela est grâce aux gens et aux banques de données. C'est aussi parce que nous avons été capables de déterminer les indicateurs appropriés. Ce n'est pas facile, mais comme vous l'avez déjà entendu — et ça ne devrait pas être moi qui le dit, ça devrait être M. Hollett — la province de Terre-Neuve est prête à faire part des leçons qu'elle a apprises. Vous avez également entendu parler de l'expérience que M. Hollett a eue avec la Nouvelle-Écosse. Nous aimerions qu'on reconnaisse un peu ce que Terre-Neuve a fait.

J'aimerais maintenant parler un peu des deux prochaines étapes majeures pour les comptes communautaires. Premièrement, nous étudierons les tendances à long terme. Nous devons reconnaître qu'il est nécessaire de mettre en place les structures qui généreront les données à long terme pour que nous puissions recueillir les données tous les cinq ans. Nous en avons déjà discuté un peu. Cette période pourrait changer un peu d'une région à l'autre, mais nous croyons qu'il ne serait pas très avantageux financièrement de faire cette collecte de données chaque année, particulièrement si l'on veut déterminer les changements relatifs aux facteurs de risque. Nous avons décidé qu'il serait bien de faire cela tous les cinq ans à Terre-Neuve.

Deuxièmement, je crois que toutes les provinces et tous les territoires devraient adopter la même méthode pour la création des comptes communautaires. Au fil des ans, j'ai travaillé dans plusieurs provinces du Canada et dans plusieurs domaines liés à la santé publique, et l'un de nos plus grands problèmes est que, quand nous tentons de faire des comparaisons entre les provinces, nous finissons par nous buter au fait que les données ont été recueillies d'une manière différente dans presque chacune des dix provinces. Cela restreint notre capacité de faire des comparaisons entre les provinces. Ça nuit également à notre capacité de synthétiser ces données pour avoir un aperçu de la situation nationale. J'arrêterai ici.

**Le président :** Je vous remercie tous les trois. C'est une question très appropriée pour finir. J'aurais aimé que nous ayons plus de temps pour vous poser des questions, mais il était très important de vous entendre tous les trois, et, effectivement, on répondra probablement à un grand nombre de mes questions cet après-midi ou demain matin. C'est peut-être notre meilleure option.



One thing I would like to ask you reflects your last slide. It is almost certain that our report will recommend the implementation of this system across the country. It will recommend that the federal government get involved and quarterback this and finance it, but what we do not know and what we have come here to find out is just how that can be done without messing up the system as you have described it. I would like all three of you to address that. All the senators have a number of questions for you, so I would ask you to be as brief as you can so that they get to ask you some of their questions too.

How can we frame our recommendations to the federal government to implement a system like this across the country, or at least encourage the provinces to implement a system like this across the country? The federal government will have to play a leadership role to get the job done, but how can we frame our recommendations in such a way that we avoid its being badly done?

**Mr. Hollett:** I would like to ask a question for clarification before I can make any comment. Dr. Keon, when you say "badly done" or "messed up," what are you thinking there? Are you thinking of how to do it without having a major transformation to what we have, or are you just thinking about its coming out wrong?

**The Chair:** I suppose having it come out wrong is what we would fear most, but I worry about what will happen as this works its way down through the system. I have had quite a lot of experience with sitting on committees to try to get provinces to introduce various kinds of uniform data collection and so forth, and it does not work. How can we make recommendations that will avoid tampering with the system, so to speak?

**Mr. Hollett:** I can make a few comments in response as it relates to the experience we have had. Other jurisdictions, probably 15 or 20 jurisdictions across the world, have come to us with great enthusiasm to look at the Community Accounts. They like them, and they want some. When that happens, what I see happening across Canada is that when there is a possibility of money flowing, that is when the forces coalesce. In my experience, whoever has the most sway in getting their hands on control of the money, or whoever has the most authoritative technical group, whether it be an appropriate entity or not, that is when the work that we have created becomes transformed. I have seen that over and over. Going back to Dr. West's point, I know sometimes that if we have a good day, we make it look simple; if we have a bad day, I am sure people look at us and say why in the name of God would they want to be working at that. For the most part, we do make it look a lot simpler than it is. Everything that Dr. West said is correct.

I do not want to go too far the other way and say that this is so difficult and so esoteric that it is formidable to take on. I truly do not believe that at all. I sort of feel that if we can do it, anybody can do it; but I also feel, and this is based on experience, that there is a fairly narrow margin within which you can operate where you have a high likelihood of success. What we have here seems to

L'une des questions que je voudrais vous poser concerne votre dernière diapositive. Il est presque certain que nous recommanderons, dans notre rapport, la mise en œuvre de ce système dans tout le pays. Nous recommanderons au gouvernement fédéral de diriger et de financer ce projet, mais ce que nous ne savons pas et ce que nous voulons apprendre aujourd'hui est comment l'on peut faire cela sans nuire au système, tel que vous l'avez décrit. J'aimerais que vous répondiez tous trois à cette question. Tous les sénateurs ont des questions pour vous, alors je vous demanderais de répondre le plus brièvement possible pour qu'ils puissent eux aussi vous poser des questions.

Comment pouvons-nous formuler nos recommandations au gouvernement fédéral pour qu'il mette en œuvre un système comme celui-ci dans tout le pays ou au moins encourager les provinces à adopter un tel système? Le gouvernement fédéral devra jouer un rôle de premier plan pour s'assurer qu'on accomplit cela, mais comment pouvons-nous formuler nos recommandations afin d'éviter que ce soit mal fait?

**M. Hollett :** J'aimerais vous demander de clarifier votre question avant d'y répondre. Docteur Keon, quand vous dites « mal fait » ou « nuire », que voulez-vous dire au juste? Voulez-vous parler d'une transformation majeure du système existant ou faites-vous allusion au fait que le système pourrait être mal conçu?

**Le président :** Je suppose que je crains davantage que le système soit mal conçu, mais je m'inquiète de ce qui se passera aux divers échelons du système. J'ai siégé à un grand nombre de comités qui ont tenté de faire en sorte que les provinces introduisent diverses méthodes de collecte de données uniformes et ça ne fonctionne pas. Comment pouvons-nous formuler nos recommandations afin d'éviter qu'on nuise au système?

**M. Hollett :** Pour répondre à votre question, je peux faire quelques commentaires sur l'expérience que nous avons eue. Des représentants d'environ 15 ou 20 régions de partout dans le monde sont venus étudier les comptes communautaires avec beaucoup d'enthousiasme. Ils les ont aimés et veulent un système semblable. Au Canada, dès qu'il y a une possibilité de financement, les forces se regroupent. Selon mon expérience, quand un groupe a beaucoup de chance d'obtenir de l'argent ou qu'il est un groupe technique autoritaire, qu'il s'agisse d'une entité appropriée ou non, le travail que nous avons fait se voit transformé. Cela s'est passé à maintes reprises. Pour retourner à la question qu'a soulevée le Dr West, je sais que parfois, quand c'est une bonne journée, nous faisons en sorte que tout cela a l'air simple; si ce n'est pas une bonne journée, je suis certain que les gens nous regardent et se demandent pourquoi on veut travailler à un tel projet. La plupart du temps, cela paraît plus simple que ce ne l'est. Tout ce qu'a dit le Dr West est vrai.

Je ne veux pas aller trop loin dans l'autre direction et affirmer qu'il s'agit d'une tâche si difficile et si ésotérique qu'il est pénible de l'accomplir. Ce n'est pas du tout ce que je crois. J'ai un peu le sentiment que, si nous pouvons le faire, n'importe qui peut le faire; mais je pense aussi, et cela se fonde sur mon expérience, qu'on doit respecter des limites très précises si l'on veut réussir.



work well, and when I say that, I mean that I think our framework covers adequately major areas of interest to most of the people who have an interest in using this sort of information, and more especially that it has appeal to community. I think that is absolutely important.

Based on experience, my advice is that there has to be a clear articulation of what is being sought. There has to be a clear articulation of what is to be done, and there has to be a clear articulation that it needs to be done incrementally. The approach we have always taken is to focus on a deliverable. We have had opportunities on occasion when people have come to us with money, asking if we can take \$2 million, for example. Generally speaking, in the context of the way that is presented, we would not be interested in that because in most cases you need money, you need time, and you have to be able to achieve what you are doing. In most cases, money and time do not come in a good mix. Usually when there is lots of money it is because somebody else does not have time to spend it. Large amounts of money also imply large amounts of deliverables, and if you have integrity and you are serious about getting a good value for the dollars, it tends not to work too well.

If I were to implement this across Canada it certainly could work, in my view. Newfoundland is so different from any other area in this country where groups of people are interested in the same subject matter that we cannot provide them information in this kind of a manner, if this is a manner that is will work for everybody, and I think it will. I am not saying that this is absolutely perfect because it is not, but it certainly has great potential for being built up. In my mind, you cannot go into a situation where you churn up all this whitewater with people waiting to get their hands on budgets and do this big thing. That becomes complicated. You have got to take it back into a black box and work on it there for ages and ages, because only a handful of people in the world are the right people to work on this. That is just the wrong way, and it is the way it usually happens. I could give you one example after another, but I will not because what I would have to say would not be fair to the people who are not here to join in the debate.

As I said, I would make clear what you are trying to achieve, what is to be done, that something is desired along the lines of the Community Accounts, that you want to see something for efforts in an orderly and a timely fashion, and that there is a vision underneath that we will build it as time passes. Based on our expedience, that is a good way to start. I think when you are doing something like this, you really need to start off with something that people can identify with, and you need to be able to show them that something can be done over a reasonable period of time. We have had discussions with First Nations, and First Nations are keenly interested in what Newfoundland has done. One reason they are so keenly interested is that they have the good sense to realize that with some modifications and patience, they can quickly have a product that will have an appeal to First Nations, because they feel that what we have reflects

Notre cadre de travail semble bien fonctionner. Ce que je veux dire, c'est qu'il couvre adéquatement les domaines principaux qui intéressent la plupart des gens qui peuvent éventuellement se servir de ce genre d'information et plus particulièrement, qu'ils intéressent la collectivité. Je pense que cela est de la plus grande importance.

Selon mon expérience, on doit articuler clairement les résultats que l'on cherche à obtenir. On doit articuler clairement ce que l'on veut faire et préciser que cela sera fait de manière progressive. L'approche que nous avons toujours adoptée consiste à mettre l'accent sur le produit final. Il nous est arrivé que des gens nous offrent de l'argent, jusqu'à 2 millions de dollars, par exemple. En général, selon le contexte dans lequel cet argent nous est offert, nous ne sommes pas intéressés parce que, dans la plupart des cas, il faut de l'argent et du temps, et nous devons être en mesure d'accomplir ce que l'on vise. Dans la plupart des cas, l'argent et le temps ne font pas bon ménage. Habituellement, quand il y a beaucoup d'argent, c'est parce qu'on n'a pas le temps de le dépenser. Un grand montant d'argent suppose également une grande quantité de produits. Si on est intègre et que l'on veut véritablement en avoir pour son argent, ce genre de situation a tendance à ne pas donner de bons résultats.

Si on voulait mettre ce système en œuvre dans tout le Canada, je suis certain que ça fonctionnerait. La province de Terre-Neuve n'est pas très différente des autres régions dans notre pays, car de nombreuses personnes s'intéressent aux mêmes domaines, et nous pouvons donc leur fournir de l'information de cette manière. Je pense tout de même que c'est un système qui pourra fonctionner pour tout le monde. Je ne veux pas dire qu'il est absolument parfait parce qu'il ne l'est pas, mais il a, en tout cas, beaucoup de potentiel. Selon moi, il ne faut pas créer de la bisbille dans ce genre de situation où les gens tentent de mettre la main sur de l'argent pour accomplir quelque chose de gros. Ça devient compliqué. Il faut retourner dans son laboratoire et y travailler pendant des années et des années parce qu'il y a seulement une poignée de personnes dans le monde qui sont capables d'accomplir ce genre de chose. Ce n'est pas la bonne manière de faire les choses, mais c'est habituellement comme ça que ça se passe. Je pourrais vous donner un tas d'exemples, mais je ne le ferai pas parce que ce ne serait pas juste pour les personnes qui ne sont pas ici pour se défendre.

Comme je l'ai dit, j'essaierai de rendre clair ce que vous voulez accomplir, ce qui doit être fait, c'est-à-dire un système semblable aux comptes communautaires. Vous voulez que des efforts soient déployés de manière harmonieuse et opportune et qu'il y ait une vision sous-jacente qu'on réalise au fil du temps. Selon notre expérience, il s'agit d'un bon point de départ. Selon moi, quand on réalise un tel projet, on doit véritablement partir de quelque chose qui intéresse les gens et on doit être en mesure de leur montrer qu'on peut accomplir des choses dans un temps raisonnable. On a eu des discussions avec les Premières nations, et elles s'intéressent beaucoup à ce qu'a fait Terre-Neuve. L'une des raisons pour lesquelles elles sont si intéressées est qu'elles ont eu le bon sens de comprendre qu'avec quelques modifications et de la patience, elles auront rapidement un produit qui intéressera leurs membres. Elles croient que notre système permet de refléter

people. It is numbers that reflect people's lives, and they like that. They are trying to build an awareness of using good information within the First Nations groups, and they want to build confidence over a short period of time that something can be achieved that is useful to them. I think that is the way one has to approach this.

I know I have given you a lot of words, but I have not given you a big answer. If Michael Wilson were here, he would give you a much more sophisticated and complex answer, and you might not understand it, but it would sound a lot better. Then again, we have a system that people like. I think we need a sensible approach where we are keeping citizens in mind, because if we put a lot of time, effort, money, dedication, blood, sweat and tears into a system that only someone with a high level of skill can use, I think we have failed. The scientific community can get the data it needs. I think the real answer to the health care issues we are talking about is for people to understand the determinants, so that they start thinking that way and are able to see information that tells them about those determinants so that they can take action themselves.

Our steps forward have to embody that. Time after time people come to us, and their work takes on a life force of its own, and they basically end up stepping outside of the pathway that will lead to success, and it becomes something that citizens cannot understand. It becomes too costly to maintain. It becomes too complicated for most people to use. It is possible to do it, in my opinion, but it is very possible to fail miserably as well.

**Senator Pépín:** I agree with Senator Keon. The information you have given us this morning is fantastic. In our report, we want to talk about the Newfoundland experience as an example.

My question is for Mr. Reid. How regularly do you get updated information via the Internet? Is it easy and can we get that information on a regular basis?

**Mr. Reid:** It depends on the data source. The administrative data we receive from the provincial government or the federal government can be updated on a fairly regular basis. That is annual data. You will notice that our income support data, for example, is up to 2006, and we are in the process now of updating to 2007. It is an annual data source and we can update that fairly regular. The census information is updated every five years. We go through a process of scheduling updates based on the release of the census information. For example, in March, the release of labour market and education information from the census allows us to get that information from Statistics Canada so we can update our system.

la population. Ce sont les nombres qui reflètent la vie des gens, et elles apprécient cela. Elles tentent de promouvoir une utilisation appropriée de l'information au sein des groupes des Premières nations et elles veulent faire en sorte que leurs membres comprennent rapidement qu'on peut accomplir quelque chose qui leur sera utile. Je pense que c'est l'approche que l'on doit adopter.

Je sais que j'ai beaucoup parlé et que je n'ai pas bien répondu à votre question. Si Michael Wilson était ici, il vous aurait donné une réponse beaucoup plus recherchée et complexe, et vous ne l'auriez peut-être pas comprise, mais elle vous aurait impressionnés. De toute manière, nous avons un système que les gens aiment. Je pense qu'il faut adopter une approche raisonnée qui tient compte des citoyens parce que si nous investissons beaucoup de temps, d'efforts et d'argent dans un système et qu'il nous tient à cœur, mais que seule une personne ayant un niveau de compétence très élevé peut s'en servir, je pense que nous aurons manqué à notre mission. Les scientifiques peuvent obtenir les données dont ils ont besoin. Je pense que la vraie solution aux problèmes en matière de santé dont nous avons discuté est que les gens comprennent les déterminants et changent leur manière de penser. Ils doivent pouvoir consulter l'information sur ces déterminants afin de pouvoir eux-mêmes prendre des mesures pour améliorer leur santé.

Les mesures que nous prendrons à l'avenir doivent tenir compte de cela. Les gens viennent nous voir les uns après les autres et ils ont oublié le sens de leur travail. Ils finissent par être dérouterés, et leurs travaux deviennent incompréhensibles pour les citoyens. Le produit est trop coûteux pour être maintenu et est trop compliqué pour la plupart des gens. À mon avis, il est possible de mettre en œuvre ce système, mais il est également très possible que ce soit un échec majeur.

**Le sénateur Pépín :** Je suis d'accord avec le sénateur Keon. L'information que vous nous avez donnée ce matin est formidable. Dans notre rapport, nous voulons parler de l'expérience de Terre-Neuve et la citer en exemple.

Ma question s'adresse à M. Reid. Dans quelle mesure obtenez-vous régulièrement de l'information à jour par Internet? Est-il facile d'obtenir cette information et pouvons-nous l'obtenir régulièrement?

**M. Reid :** Cela dépend de la source de données. Les données administratives que nous recevons du gouvernement provincial ou du gouvernement fédéral peuvent être mises à jour assez régulièrement. Il s'agit de données annuelles. Vous remarquerez, par exemple, que nos données sur le soutien du revenu datent de 2006, et nous sommes en train de faire la mise à jour pour 2007. Il s'agit d'une source de données annuelle, et nous pouvons les mettre à jour assez régulièrement. L'information du recensement est mise à jour tous les cinq ans. Notre processus d'établissement du calendrier des mises à jour se fonde sur la communication de l'information provenant du recensement. Par exemple, en mars, Statistique Canada communiquera l'information sur le marché du travail et l'enseignement qui a été obtenue à l'occasion du recensement, ce qui nous permettra de mettre à jour notre système.



In some cases, there is a lag in information. For example, we file income tax for our previous year. The information has to be compiled, so there is usually a two- to three-year lag before we can get that.

I will say that the information is as up-to-date as we can make it. Often the community-level information lags behind some of the more current provincial and regional information, but as we mentioned in the presentations, community is our focus, so we are always looking for the community-level information. We will provide links to provincial-level, more current information, but the focus is always the community level — and, no, it is never easy.

[Translation]

**Senator Pépin:** Is the information centralized and updated, or do the agencies concerned have the option of accessing the information themselves? Are participating groups able to access that information?

[English]

**Mr. Reid:** The information that is shared through our provincial departments they are actually collecting for their own program purposes, and they have their own databases. They use that information to administer their own programs. We have a sharing arrangement with them so that once they compile their information, they share their files with us. Then my team takes that information and disseminates it through the Community Accounts by community.

[Translation]

**Senator Pépin:** Mr. Hollett, can you give us some concrete examples of how databases have enabled the government to improve the quality of life in communities?

[English]

**Mr. Hollett:** As I said this morning, a large part of the work we do is the cook behind the screen providing the buffet. You might get better examples tomorrow when you have people come in who are more on the user end, but we have had people in community, as Mr. Reid said, using our data to look at the prevalence of breast cancer and different kinds of screening to see if there are disproportionate issues in their areas and to come to government and the health care system to actually get action taken on those findings. Medical doctors throughout the province use our demographic data for their community and their areas, buying medications they have to provide where there are not pharmacies locally and that sort of thing. We had people across the province who were developing businesses use our data to present strong evidence-based cases to our government to explain why they should get help and support or changes in policies. We did not mention this, but we have actually trained over 5,000 people in

Dans certains cas, il y a un décalage de l'information. Par exemple, nous produisons une déclaration de revenus pour l'année précédente. L'information doit être recueillie, et il y a donc habituellement un décalage de deux ou trois ans avant que nous puissions utiliser cette information.

Je dirais que nous tenons les données à jour dans la mesure du possible. Souvent, l'information sur les collectivités est moins à jour que certaines des données plus actuelles fournies par les provinces et les régions, mais, comme nous l'avons mentionné dans les exposés, nous mettons l'accent sur les collectivités. Nous sommes donc toujours à la recherche de données communautaires. Nous établirons des liens avec les données provinciales plus actuelles, mais les données communautaires sont toujours notre préoccupation majeure — et, non, ce n'est jamais facile.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Est-ce que les données sont centralisées et mises à jour ou donne-t-on aux organismes concernés la possibilité d'aller chercher les informations par eux-mêmes? Les groupes qui participent sont-ils capables d'aller chercher de l'information?

[Traduction]

**M. Reid :** L'information communiquée par nos ministères provinciaux est, dans les faits, utilisée aux fins de leurs propres programmes, et ils disposent de leurs propres banques de données. Ils utilisent cette information pour administrer leurs propres programmes. Nous avons une entente d'échange d'information avec eux, et ils nous envoient leurs dossiers une fois l'information recueillie. Puis, mon équipe prend cette information et l'inclut dans les comptes communautaires par collectivité.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Monsieur Hollett, pouvez-vous nous donner des exemples concrets en quoi les bases de données ont permis au gouvernement d'améliorer la qualité de vie de la population?

[Traduction]

**M. Hollett :** Comme je l'ai dit ce matin, nous travaillons souvent en coulisse pour fournir de l'information aux personnes qui sont à l'avant-scène. Vous aurez peut-être de meilleurs exemples demain quand vous aurez l'occasion d'entendre les utilisateurs du système. Comme l'a dit M. Reid, il y a des gens dans la collectivité qui ont utilisé nos données pour étudier la prévalence du cancer du sein et pour réaliser divers dépistages afin de déterminer s'il y a des problèmes qui prennent des proportions importantes dans leurs régions. Ils peuvent ainsi appeler le gouvernement et le réseau de soins de santé à prendre des mesures concrètes relativement à ces problèmes. Des médecins de toutes les collectivités et de toutes les régions de la province utilisent nos données démographiques pour acheter des médicaments qu'ils doivent fournir à leurs patients quand il n'y a pas de pharmacies dans le coin, par exemple. Dans toute la province, des gens qui veulent lancer leur propre entreprise utilisent nos données en tant



training sessions across the province to actually use the Community Accounts data. Many people are coming to government, and responses from government have certainly changed.

One story I could tell relates to our Department of Municipal Affairs which deals with the tax rates in communities. They said that before the Community Accounts came on the scene, they would fight over who had the numbers, but since the Community Accounts have come on the scene, they believe the numbers and now they fight over what has to be done. I think that is good progress.

**Mr. Reid:** I have an example from a community perspective. A number of years ago, one of the towns in the St. John's census metropolitan area, Conception Bay South, approached us looking for some of the information we had available for their town from census information. They were questioning some of the numbers that were coming through the census for their town. They wanted to partner with us to produce an enumeration for their area because they wanted to use more detailed information to do some strategic planning. We agreed to help them out with their enumeration and also to post the information in the Community Accounts. They identified a data gap for them, and we partnered with them, and now there is community and neighbourhood information in the Community Accounts for them to use and also for other people in their community.

**Mr. Hollett:** Also, over the years, the Community Accounts data and that approach are becoming a very large element of core business at our statistics agency. In a sense, that is a reflection of the high level of absorption that our Community Accounts data has come to have within government uses and community uses. The varieties of usages flow in all directions, and there are so many things happening that it is difficult to keep a fix on it.

I attended a session last year when the Wellness Coalition came to see you. There is a lady on Prince Edward Island some of you may know, Patsy Beatty-Huggan, and she has developed this circle of health, which is a population health way of thinking. I do not know if you have ever seen it. I was quite struck by it. They had a group together at a hotel here in St. John's. They said, "If here is a health issue, then here are the things that you need to think about." The circle says you should think about income, about education, about bunch of factors. Then they say, "Okay, now that we are thinking of it in this way, let us go to the Community Accounts to see what the data tell us."

qu'éléments probants pour défendre leur cause auprès du gouvernement afin d'obtenir de l'aide et un soutien ou demander que les politiques soient changées. Nous ne l'avons pas mentionné, mais nous avons formé plus de 5 000 personnes dans divers coins de la province afin qu'elles puissent utiliser des données des comptes communautaires. De nombreuses personnes abordent le gouvernement, et les réponses de ces derniers ont véritablement changé.

Je peux vous donner l'exemple du Department of Municipal Affairs, qui traite des taux d'imposition dans les collectivités. Les responsables du ministère disent que, avant la création des comptes communautaires, il y avait souvent des mésententes concernant les nombres, mais qu'ils se fient maintenant aux nombres des comptes communautaires et consacrent maintenant leur énergie à discuter de ce qu'il faut faire. Je pense qu'il s'agit d'une amélioration.

**M. Reid :** J'ai un exemple qui concerne les collectivités. Il y a un certain nombre d'années, les représentants d'une des villes de la région métropolitaine de recensement de St. John's, Conception Bay South, sont venus nous voir pour obtenir de l'information de recensement. Ils doutaient de certaines des données qui avaient été recueillies dans leur ville à l'occasion du recensement. Ils voulaient travailler en collaboration avec nous pour réaliser un dénombrement dans leur région parce qu'ils voulaient utiliser de l'information plus détaillée aux fins d'une planification stratégique. Nous avons accepté de les aider à réaliser ce dénombrement et également d'afficher l'information dans les comptes communautaires. Ils ont déterminé les données manquantes, et nous avons travaillé de concert avec eux. Maintenant, il y a de l'information à l'échelle communautaire et à l'échelle des quartiers dans les comptes communautaires, et la ville, ainsi que d'autres personnes dans la collectivité, peuvent s'en servir.

**M. Hollett :** De plus, au fil des ans, les données des comptes communautaires sont devenues un élément très important de nos activités fondamentales, à notre agence statistique. Dans un certain sens, cela reflète la mesure considérable dans laquelle les données des comptes communautaires sont utilisées par les gouvernements et les collectivités. Les usages sont multiples, et il y a tellement de choses qui se passent qu'il est difficile de se tenir au courant.

L'année dernière, j'ai assisté à la séance pendant laquelle la Wellness Coalition est venue vous voir. Il y a une dame à l'Île-du-Prince-Édouard que certains de vous connaissez peut-être, Patsy Beatty-Huggan, qui a créé un cercle de la santé, lequel reflète une manière de penser axée sur la santé de la population. Je ne sais pas si vous l'avez déjà vu. Ça m'a beaucoup impressionné. Un groupe s'est rassemblé à un hôtel, ici, à St. John's. Il a affirmé : « S'il y a un problème de santé, voici les facteurs auxquels vous devez réfléchir. » Selon le cercle, vous devez tenir compte du revenu, du niveau d'études et d'un tas d'autres facteurs. Puis, on a dit : « Bon. Maintenant que vous avez pensé de cette manière, consultons les comptes communautaires pour voir ce que nous révèlent les données. »

All sorts of things are happening. The Community Accounts has matured significantly. My best example is this, and I say this not to trivialize your question at all, but it reminds me of when people call in sometimes to our statistics agency and say, "I was looking for some data to start a business," and we will say, "Yes, what would you like," and they will say, "Well, what have you got?" That is a very difficult question to answer.

**The Chair:** Dr. West, I would like to ask you one question and I would like you to answer it in 10 seconds. I know how closely aligned well-being and health status are. How do you differentiate well-being from health status?

**Dr. West:** The two-second answer is that I think Mr. Hollett has a greater differentiation than I do. From the point of view of health status, Community Accounts are using it for those traditional determinants of health, which came forward in the 1992 federal-provincial report on population health, whereas I think Mr. Hollett would argue he is putting well-being in the outer circle, which includes production and other things. I would go back to the World Health Organization definition of health which starts with the words, "the total well-being." I appreciate your question, because there is some real confusion around this issue, and I think that different people do have slightly different definitions.

**The Chair:** Thank you.

Senators, we will reconvene at one o'clock to hear from the Honourable Shawn Skinner, Minister of Human Resources, Labour and Employment.

The committee adjourned.

---

ST. JOHN'S, Tuesday, May 20, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:05 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable minister, senators, ladies and gentleman, we are delighted to resume our hearing and delighted to have the minister, The Honourable Shawn Skinner before us who is the Minister of Human Resources, Labour and Employment.

**Shawn Skinner, Minister of Human Resources, Labour and Employment, Government of Newfoundland and Labrador:** Thank you very much. I appreciate the opportunity to be here today. I do have a couple of staff members with me; Aisling

Il y a toutes sortes de choses qui se passent. Les comptes communautaires ont fait beaucoup de chemin. Le meilleur exemple que je peux donner est le suivant, et je le dis sans vouloir enlever de l'importance à votre question, mais ça me fait penser aux gens qui appellent de temps à autre notre agence statistique et qui disent : « Je voulais avoir des données pour lancer une entreprise. » Nous leur répondons : « Oui. Quels genres de données voulez-vous? » Ils disent souvent : « Qu'est-ce que vous avez? » Il est très difficile de répondre à cette question.

**Le président :** Docteur West, j'aimerais vous poser une question et j'aimerais que vous y répondiez en dix secondes. Je sais que le bien-être et l'état de santé sont étroitement liés. Comment faites-vous la différence entre les deux?

**Dr West :** En deux secondes, je pense que M. Hollett pourrait répondre à la question mieux que moi. En ce qui concerne l'état de santé, les comptes communautaires le relie aux déterminants traditionnels de la santé, qui sont ressortis du rapport fédéral-provincial sur la santé de la population de 1992. Je crois que M. Hollett inclurait le bien-être dans le cercle externe, qui comprend la production et d'autres facteurs. Je reviendrais sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, qui commence par les termes « état de complet bien-être ». J'apprécie votre question parce qu'il y a beaucoup de confusion qui entoure ce problème et je pense que chacun s'est en quelque sorte fait ses propres définitions.

**Le président :** Merci.

Mesdames et messieurs, nous nous rencontrerons de nouveau à 13 heures pour entendre l'honorable Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi.

La séance est levée.

---

ST. JOHN'S, le mardi 20 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 5, pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Honorable ministre, sénateurs, mesdames et messieurs, nous sommes très heureux de poursuivre nos audiences et de recevoir le ministre, l'honorable Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi.

**Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Merci beaucoup. Je vous remercie de m'avoir invité ici aujourd'hui. Je suis accompagné de deux membres du personnel



Gogan and Lynn Vivian-Book and when I finish my opening remarks, I will pass it to Aisling for a presentation that she will do on behalf of our government.

Let me first say a hearty welcome to each one of you. It is nice to have you in our province and hope that you have been enjoying the great weather we have been having. I did hear one person tell me they found it a bit cold, but we thought it was kind of balmy actually. I am not sure what part of the country it came from, but it does not get much warmer than this, but anyway, welcome to each and every one of you. I am glad that you could hold some hearings here in our province.

My intention today is just to have a few remarks. I do not have any prepared presentation, but I do have some notes that I will refer to and just talk a little bit about our Poverty Reduction Strategy in general and how that relates to population health. Then, as I said, I will turn it over to Aisling who will do a more formal presentation to you.

On behalf of Premier Williams and the Government of Newfoundland and Labrador, I am very pleased to be here to speak to you and we are very pleased that the Senate has seen it fit to take such a strong interest in poverty. It is something that has captured our attention as a government for the last four years or so and we are glad to see that, from the Senate's perspective, you also have an interest in this issue and poverty, basically, we believe has some significant impacts on general population health. We are glad to see that your committee is having a look at this. I think that the fact that you are travelling throughout the country is going to have a couple of benefits to the work that you are doing. One is just general awareness building. The fact that you are here and the fact that the media will be covering this and that other people in the province are aware that you are here, I think is important. Awareness about people's income levels and their ability to have total social inclusion is very important. I think you will build some awareness about that. I also feel that you will help us build some momentum in terms of tackling some of the underlying social problems that we have. They are complex ones in terms of trying to address poverty and population health.

It is, always nice for us when we get an opportunity to talk about the work that we have been doing because it helps fill our sails again with fresh wind and allows us to move forward with the challenges that we have here in this province. Again, thank you for that and thank you for coming to the province.

Without boring you with all the details, I am sure you are aware that a large body of evidence shows that poverty has more impact on health than any other single factor that a person will experience. Your study on population health has lead you to look at poverty. Through our Poverty Reduction Strategy, we determined that if we were going to have a healthy and a

du Ministère — Aisling Gogan et Lynn Vivian-Book —, et, lorsque j'aurai terminé ma déclaration initiale, je vais céder la parole à Aisling pour lui permettre de présenter un exposé au nom de notre gouvernement.

Permettez-moi d'abord de souhaiter sincèrement la bienvenue à chacun d'entre vous. Nous sommes heureux de vous recevoir dans notre province, et nous espérons que vous profitez du temps extraordinaire qu'il fait ces jours-ci. Une personne m'a dit qu'elle trouvait qu'il faisait un peu froid, mais, pour nous, c'est une température agréable, en fait. Je ne sais pas exactement d'où cette personne venait, mais il ne fait jamais beaucoup plus chaud que ça ici; de toute façon, bienvenue à tous. Je suis heureux que vous puissiez tenir quelques audiences ici, dans notre province.

J'ai l'intention de ne formuler aujourd'hui que quelques observations. Je n'ai pas préparé d'exposé, mais j'ai apporté des notes que je vais citer, et je ne vais parler que quelques instants de notre Stratégie de réduction de la pauvreté en général et des liens qu'il y a entre cela et la santé des populations. Ensuite, comme je disais, je vais céder la parole à Aisling, qui va vous présenter un exposé plus structuré.

Au nom du premier ministre Williams et du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, je veux vous dire que je suis très heureux de pouvoir discuter avec vous ici aujourd'hui et que nous sommes très contents que le Sénat ait jugé pertinent de s'intéresser de près à la pauvreté. C'est un sujet qui accapare notre attention depuis quatre ans environ, ce qui fait que nous sommes heureux de voir que le Sénat s'intéresse également à la question, et nous sommes convaincus que la pauvreté a des répercussions importantes sur la santé des populations en général. Nous sommes contents de voir que le Comité se penche sur la question. Je pense que le fait que vous voyagez un peu partout au pays a contribué à plusieurs égards au travail que vous faites. Entre autres, cela va contribuer à sensibiliser la population en général. Je pense que le fait que vous êtes ici, que les médias vont en parler et que les gens de la province vont savoir que vous êtes ici est important. La conscience du lien entre le niveau de revenu des gens et leur capacité de jouir d'une pleine inclusion sociale est une chose très importante. Je pense que votre travail va contribuer à cette conscience. Je pense aussi que vous allez nous aider à créer le mouvement nécessaire pour régler certains des problèmes sociaux sous-jacents auxquels nous sommes confrontés. Ce sont des problèmes complexes qu'il faut régler pour tenter de mettre fin à la pauvreté et d'assurer la santé de la population.

C'est toujours agréable pour nous d'avoir l'occasion de parler du travail que nous avons fait, parce que ça nous aide à prendre un nouvel élan et à nous attaquer aux problèmes qui existent dans la province. Encore une fois, merci de nous offrir cette occasion et merci de visiter notre province.

Sans vous ennuyer avec tous les détails, je suis sûr que vous savez qu'il existe un vaste ensemble de données montrant que la pauvreté a davantage de répercussions sur la santé que tout autre facteur touchant la vie d'une personne. Votre étude sur la santé des populations vous a amenés à vous pencher sur la question de la pauvreté. Dans le cadre de notre Stratégie de réduction de la



productive population here in Newfoundland and Labrador, we had to make sure that we were doing something to address this province's poverty situation.

Our approach to tackling poverty is very much a population health approach and it considers a broad definition of poverty, which goes beyond a person's income. We had some discussions early on about how to we define poverty and we very quickly got over that. We spent a lot of time talking about it and not too much time doing much about it. So, we are leaving the definitions to other people to determine. We are putting in place programs, policies, regulations and services that we feel will address poverty.

Our definition of poverty is a broad definition and it does not just include a person's income. It has to do with social inclusion as well as income and we will talk more about that a bit later.

I know that you have had a presentation from our Community Accounts people. Our work on poverty reduction is influenced by the work that our Community Accounts people have been doing. It has allowed us to take an evidence-based approach. That has been very, very important to us and we are still doing a lot of work with Alton Hollett and his people in terms of trying to determine measuring tools, measurements that we will use on a go-forward basis that will allow us to determine our level of success. We will continue to use Community Accounts as a tool that will allow us to continue to add components such as the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure, MBM, which will allow us to determine if we have been successful at the community level.

We are in the second year of our strategy. When we began the strategy, we committed to consultations with the communities in the second year. The strategy is a 10-year program and after two years, we wanted to go back and talk to our citizens. Besides the consultative piece, the other piece is the measuring piece and that is why we have been so involved with the Community Accounts people trying to determine how we were going to measure our progress. Many of the national measurement tools do not fly here locally and I would suggest to you that is true of any province, not just the Province of Newfoundland and Labrador. The national tools, while they have a purpose and they allow some broad based comparisons year over year, they do not reflect the reality of our geography, of our population, of many other things. We need local tools and that is where Community Accounts comes into it. We believe we will have better success using precise measurements using local tools as opposed to national tools.

pauvreté, nous avons déterminé que, si notre objectif était d'assurer la santé et la productivité de la population de Terre-Neuve-et-Labrador, il fallait que nous fassions quelque chose pour régler le problème de la pauvreté de la province.

Notre façon d'aborder le problème de la pauvreté correspond en grande partie à une approche axée sur la santé des populations, et notre définition de la pauvreté est de grande portée et elle n'est pas fondée sur le revenu d'une personne seulement. Nous avons discuté au début de la façon dont nous allions définir la pauvreté, et c'est quelque chose que nous avons réglé très rapidement. Nous avons passé beaucoup de temps à parler, et peu de temps à agir. Nous laissons donc à d'autres le soin d'établir les définitions. Nous instaurons des programmes, des politiques, des règlements et des services qui, selon nous, vont permettre de régler le problème de la pauvreté.

Notre définition de la pauvreté est une définition de portée générale, et elle n'est pas fondée seulement sur le revenu d'une personne. Elle a trait à l'inclusion sociale autant qu'au revenu, et nous reviendrons là-dessus tout à l'heure.

Je sais que les gens qui s'occupent chez nous des comptes communautaires vous ont présenté un exposé. Le travail de réduction de la pauvreté que nous faisons est influencé par le travail de ces gens. Cela nous a permis d'adopter une approche axée sur les données. C'est quelque chose de très, très important pour nous, et nous travaillons encore beaucoup avec Alton Hollett et son équipe pour essayer de déterminer quels outils de mesure et quelles mesures nous allons utiliser dans l'avenir pour évaluer le degré de succès de nos activités. Nous allons continuer d'utiliser les comptes communautaires comme outil qui nous permettra d'ajouter de nouvelles composantes comme la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador, qui va nous permettre de déterminer le degré de succès de nos interventions à l'échelle communautaire.

Notre stratégie en est à sa deuxième année d'existence. Lorsque nous avons commencé à l'appliquer, nous nous sommes engagés à effectuer des consultations auprès des collectivités au cours de la deuxième année. La stratégie est un programme de dix ans, et nous souhaitons revenir discuter avec nos citoyens après deux ans. Mis à part le volet des consultations, l'autre volet, c'est celui de l'évaluation, et c'est la raison pour laquelle nous avons tant travaillé avec les gens des comptes communautaires pour essayer de déterminer comment nous allons évaluer nos progrès. Une bonne partie des outils d'évaluation généraux ne s'appliquent pas ici, et je vous dirais que c'est le cas dans toutes les provinces, et non seulement à Terre-Neuve-et-Labrador. Ces outils nationaux, s'ils ont une utilité et s'ils permettent de faire des comparaisons générales une année sur l'autre, ne reflètent pas la réalité géographique ni la situation de la population de notre province, entre autres choses. Nous avons besoin d'outils locaux, et c'est là que les comptes communautaires interviennent. Nous sommes d'avis que nous allons obtenir davantage de succès en faisant des mesures précises à l'aide d'outils locaux plutôt que d'outils nationaux.

We believe our future prosperity depends on a healthy population. We also believe that a healthy population is one in which all people have an opportunity to contribute. Therefore, social inclusion is very much a part of what we are talking about and through our Poverty Reduction Strategy, we look at bringing in some of the programs, initiatives, and policies that we brought in under poverty reduction. We have always looked at them concerning social inclusion as well. It is important that people have the ability to participate, make a contribution and realize their full potential. We believe our poverty reduction initiatives have to include those things as well. It is not just income or money; it is about participation, inclusion and reaching your full potential.

Our Poverty Reduction Strategy has three main points: the alleviation, reduction, and prevention of poverty. Any of the initiatives that we employ fall into one of these three categories.

We make long-term commitments in our initiatives and we always look to a comprehensive approach. The initiatives that we started two years ago are ongoing, but we have been building on them. We started out with a budget amount in 2006 and we added to that in 2007. We built upon the 2006 initiatives and in Budget 2008, more new initiatives have increased our budget commitment to about 100 million dollars per annum. They are initiatives that we keep adding to, we keep building on. It is not something that you do in one budget year and then you forget about it in the next budget year. We are very strategic in terms of the initiatives that we bring in, and they are brought in with the understanding that they will be carried forward for years to come. We will make a long term commitment to support those initiatives.

Our government believes that we must tackle poverty. We realized that many of our citizens were vulnerable and did not have the necessary support to participate fully in society. Therefore, we made poverty reduction a priority. Again, I go back to the social inclusion piece and I go back to the fact there are vulnerable people out there. These people can look after themselves if given the proper opportunities and supports.

We believe that to have a truly good society, we have to make sure that we have the necessary supports for people who are vulnerable. They have to be able to participate. The premier referred to it as the rising tide lifting all boats, and that is our approach. We are in a situation where times are good and are going to become better, and we believe that everyone should benefit by that. So, the rising tide, as the tide comes in, as the money is coming in, the economic opportunities are growing here in this province, that water that lifts all the boats, that economic growth should lift everyone as well, and people should not be

Nous pensons que notre prospérité dépendra dans l'avenir de la santé de notre population. Nous pensons également qu'une population en santé est une population dont tous les membres ont l'occasion d'apporter une contribution. Ainsi, l'inclusion sociale fait vraiment partie de nos discussions, et, dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté, nous envisageons d'exécuter certains des programmes, initiatives et politiques que nous avons exécutés sous le titre de la réduction de la pauvreté. Nous les avons toujours vus comme touchant également l'inclusion sociale. Il est important que les gens puissent participer, apporter une contribution et réaliser leur plein potentiel. Nous pensons que nos initiatives de réduction de la pauvreté doivent inclure ces choses aussi. Il ne s'agit pas que du revenu ou de l'argent; il s'agit de participation, d'inclusion et de réalisation du plein potentiel des gens.

Notre Stratégie de réduction de la pauvreté comporte trois éléments principaux : l'atténuation, la réduction et la prévention de la pauvreté. Toutes nos initiatives appartiennent à l'une ou l'autre de ces trois catégories.

Nous prenons des engagements à long terme dans le cadre de nos initiatives, et nous essayons toujours d'adopter une approche globale. Les initiatives que nous avons lancées il y a deux ans sont toujours en cours, mais nous leur avons donné de l'ampleur. Nous avons commencé par un certain budget en 2006, puis nous l'avons majoré en 2007. Nous avons donné de l'ampleur aux initiatives lancées en 2006, et, dans le budget 2008, de nouvelles initiatives ont fait passer notre engagement budgétaire à environ 100 millions de dollars par année. Il s'agit d'initiatives auxquelles nous ajoutons constamment des éléments, auxquels nous donnons constamment de l'ampleur. Ce n'est pas le genre de chose qu'on fait au cours d'une année budgétaire pour l'oublier au cours de la suivante. Nous organisons nos initiatives de façon très stratégique, et, lorsque nous lançons une nouvelle initiative, c'est dans l'idée qu'elle se poursuive pendant plusieurs années. Nous nous engageons à soutenir ces initiatives à long terme.

Notre gouvernement pense que nous devons régler le problème de la pauvreté. Nous avons constaté que bon nombre de nos citoyens étaient vulnérables et n'obtenaient pas le soutien dont ils avaient besoin pour participer pleinement à la société. Nous avons donc fait une priorité de la réduction de la pauvreté. Encore une fois, je reviens au volet de l'inclusion sociale et au fait qu'il y a des gens vulnérables dans la province. Ces gens peuvent s'occuper d'eux-mêmes si on leur en offre la possibilité et si on leur donne accès à des mesures de soutien.

Nous pensons que, pour rendre la société vraiment meilleure, nous devons nous assurer que nous offrons aux gens vulnérables les mesures de soutien dont ils ont besoin. Il faut faire en sorte qu'ils soient en mesure de participer. Pour décrire cette situation, le premier ministre a parlé de la marée qui soulève tous les bateaux, et c'est ça notre approche. Nous connaissons une bonne période, et notre situation va encore s'améliorer, et nous pensons que tout le monde devrait en profiter. Ainsi, avec la marée montante, avec l'argent qui afflue, les possibilités se multiplient sur le plan économique dans la province, et, comme l'eau soulève



excluded or left behind. Everyone should have the opportunity to make sure that he or she gets his or her piece of that pie and benefits from that economic growth.

The Poverty Reduction Strategy is a starting point for us. In 2006, we made a 10-year commitment to go from the province with the highest level of poverty in Canada to the province with the lowest level of poverty. Some people have asked if we will be able to eliminate poverty; I am always cautious about that, and to be frank with you, I do not think we will ever eliminate poverty. I think there will always be people who will suffer for all kinds of reasons. I think we will have situations where people will find themselves in poverty or will find themselves in situations where they are not able to participate fully, and that is why we have governments, that is why we have social programs, that is why we have people who help other people.

Our goal is to transform ourselves from the province with the highest levels of poverty, to the province with the lowest levels of poverty in a 10-year time frame, and we are about two years into that now. We have had some successes. We believe we are making some progress, but this year will be a pivotal year for us because of the consultation we will do back with our community groups to see how they think we are faring, and also because of the measurement tools that we are going to be using to establish some baselines to see the progress that we have been making.

Again in terms of being able to see initiatives like this work, it takes leadership, it takes commitment, and I make no bones about it. Premier Williams identified poverty as something that the government had to do something about. He put poverty on our government's agenda. He highlighted it and said it is something we need to deal with. We, as his cabinet ministers and caucus colleagues, and the officials who work with us in our department, have made it a priority. That is what it takes. It takes leadership and commitment. You have to be committed and you have to be committed from the top of the chart right down to the lowest person on the chart to make sure that everyone knows where you are going and what you are doing.

I talked about the fact that we have \$100 million invested in our Poverty Reduction Strategy. For some of you maybe from bigger provinces, that may not be a lot of money. I can tell you here in Newfoundland and Labrador it is a sizeable chunk of money. It is a tremendous financial commitment and it is a commitment we have made within government where we have an interdepartmental committee, a ministerial committee. In everything we do, we talk about alleviating, reducing, and preventing poverty.

tous les bateaux, la croissance économique devrait profiter à tous, et il ne devrait pas y avoir d'exclus ni de laissés-pour-compte. Tout le monde devrait avoir la possibilité de s'assurer d'obtenir sa part du gâteau et des avantages découlant de la croissance économique.

Pour nous, la Stratégie de réduction de la pauvreté est un point de départ. En 2006, nous nous sommes engagés à faire en dix ans de notre province, qui se classait au premier rang au chapitre de l'incidence de la pauvreté, celle où l'incidence de la pauvreté serait la plus faible. Certaines personnes ont posé la question de savoir si nous allions être en mesure de faire disparaître complètement la pauvreté; je suis toujours prudent dans ces cas-là, et, pour être honnête avec vous, je ne crois pas que nous arrivions un jour à éliminer complètement la pauvreté. Je pense qu'il y aura toujours des gens qui souffrent pour toutes sortes de raisons. Je pense qu'il y aura toujours des situations où des gens vont se retrouver à vivre dans la pauvreté ou dans des situations où ils ne seront pas en mesure de participer pleinement, et c'est la raison pour laquelle il y a des gouvernements, pour laquelle il y a des programmes sociaux, et pour laquelle il y a des gens qui aident d'autres gens.

Notre objectif est de passer de l'incidence de la pauvreté la plus élevée au pays à la plus faible en dix ans, et deux années environ se sont écoulées depuis que nous nous sommes fixés cet objectif. Nous avons connu certains succès. Nous pensons avoir réalisé des progrès, mais l'année courante va être une année pivot pour nous, vu que nous allons effectuer des consultations auprès de nos groupes communautaires pour voir comment nous nous débrouillons selon eux, et vu aussi les outils de mesure que nous allons utiliser pour établir certains niveaux de référence qui nous permettront ensuite de voir les progrès que nous réaliserons.

Encore une fois, pour pouvoir voir ce genre d'initiatives fonctionner, il faut du leadership, il faut un engagement, et je ne m'en cache pas. Le premier ministre Williams a déclaré que la pauvreté était une chose dont le gouvernement devait s'occuper. Il a inscrit la pauvreté au programme du gouvernement. Il a insisté là-dessus et dit que c'était quelque chose dont nous devions nous occuper. Nous, les ministres de son cabinet et ses collègues du caucus, ainsi que les fonctionnaires qui travaillent avec nous au ministère, avons fait de cela une priorité. C'est ce qu'il faut faire. Il faut du leadership et un engagement. Il faut s'engager et il faut que cet engagement soit celui de tout le monde, du sommet de l'organisation jusqu'à la base, pour que tout le monde connaisse l'orientation du gouvernement et sache ce qu'il fait.

J'ai parlé du fait que nous avons investi 100 millions de dollars dans notre Stratégie de réduction de la pauvreté. Pour certains d'entre vous qui venez peut-être de provinces de taille plus importante que la nôtre, ça ne semble peut-être pas beaucoup d'argent. Je peux vous dire que, ici, à Terre-Neuve-et-Labrador, c'est pas mal d'argent. C'est un engagement financier énorme, et c'est un engagement que nous avons pris au sein du gouvernement, où il y a un comité interministériel. Dans tout ce que nous faisons, nous parlons de l'atténuation, de la réduction et de la prévention de la pauvreté.



This is a significant level of investment for us as a province, but again I want to stress to you it is one piece. We have a multi-faceted approach to our social development, as well as our economic development, and I believe the two go hand in hand. Social development and economic development are not two roads that never diverge or converge on each other. They are two roads that need to intersect. In terms of our social development, when we talk about that, we also talk at the same time about our economic development in terms of the investments we have made in capacity building in this province, building our educational institutions, building our health care institutions, building our infrastructure, and doing things in our rural economies. We want to make sure that we are strengthening our economic base because by strengthening our economic base, we will also strengthen our social base, and that is where our Poverty Reduction Strategy comes from. It is not just the social side that we are worrying about, and that we are doing something about; it also is the economic side because we believe that both go hand in hand.

The best poverty prevention tool that we can have is giving citizens meaningful and well-paid jobs. That is what people want. They want to be able to look after themselves and make their own contributions in society, and one of the best ways to do that is to make sure that we have economic opportunity here in this province for people to be able to take advantage of that.

As a government, we believe it makes absolute social sense and economic sense for us to encourage conditions that include rather than exclude people. Those capacity-building items such as education and health care are important to what it is we are trying to do on our social agenda. I believe a bit later this afternoon you will have people in from the Department of Health to talk about our wellness strategy and that fits into the Poverty Reduction Strategy and fits into the multi-faceted approach.

We are committed as a government to the kinds of strategic decisions that we have been making and all of them tie together to the ultimate goal of making us a better province in terms of our economic and social status.

I will leave you with the message that during meetings with various other colleagues and provincial ministers of labour, housing and social services, we are all doing something individually to try to eliminate poverty in our own provinces. I think a national approach to poverty would enhance our individual efforts. I think it is something that has to get on the federal agenda. It is something that the federal government can lead by example. It is something that we can all then pool our resources to try to do something about it.

Il s'agit d'un investissement important pour notre province, mais, encore une fois, je vous rappelle qu'il ne s'agit que d'un volet. Nous avons adopté une approche à multiples facettes au chapitre du développement social, ainsi que du développement économique, et je pense que les deux choses vont ensemble. Le développement social et le développement économique ne sont pas deux routes qui ne s'éloignent jamais l'une de l'autre ni ne se croisent. Ce sont deux routes qui doivent se croiser. Pour ce qui est du développement social, lorsque nous parlons de cela, nous parlons également en même temps de notre développement économique et des investissements que nous avons faits pour renforcer les capacités de la province, pour bâtir nos établissements d'enseignement, nos établissements de soins de santé, notre infrastructure, et pour prendre certaines mesures touchant nos économies rurales. Nous voulons nous assurer de renforcer notre assise économique, parce que, ce faisant, nous allons également renforcer notre assise sociale, et c'est de là que vient notre Stratégie de réduction de la pauvreté. Nous ne nous préoccupons pas seulement du volet social, et ce n'est pas seulement à cet égard que nous agissons; il y a aussi le volet économique, parce que nous pensons que les deux choses vont de pair.

Le meilleur outil de prévention de la pauvreté que nous pouvons utiliser, c'est d'offrir à nos citoyens des emplois intéressants et bien rémunérés. C'est ce que les gens veulent. Ils veulent être en mesure de s'occuper d'eux-mêmes et d'apporter une contribution à la société, et l'une des meilleures façons d'y arriver, c'est de nous assurer d'offrir aux habitants de la province des possibilités qu'ils puissent saisir sur le plan économique.

Comme gouvernement, nous croyons qu'il est tout à fait sensé, sur les plans social et économique, de favoriser l'inclusion plutôt que l'exclusion. Les éléments du renforcement des capacités comme l'éducation et les soins de santé sont des choses importantes par rapport à ce que nous essayons de faire dans le cadre de notre programme social. Je pense que vous allez recevoir un peu plus tard cet après-midi des gens du ministère de la Santé qui vont vous parler de notre stratégie de mieux-être et de la façon dont elle s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté et de l'approche à multiples facettes.

Comme gouvernement, nous nous sommes engagés à agir de façon conforme aux décisions stratégiques que nous avons prises, et toutes ces décisions sont liées au but ultime d'améliorer la situation socio-économique de notre province.

Je veux vous transmettre le message suivant : à l'occasion de nos rencontres avec différents collègues et ministres provinciaux du Travail, du Logement et des Services sociaux, nous essayons tous de faire individuellement quelque chose pour éliminer la pauvreté dans nos provinces respectives. Je pense qu'une approche nationale rendrait nos efforts de réduction de la pauvreté plus efficaces. C'est à mon avis quelque chose qui doit faire partie du programme fédéral. Dans ce domaine, le gouvernement fédéral peut donner l'exemple. Nous pourrions ensuite mettre nos ressources en commun pour essayer de régler le problème.

I leave it to better minds than mine to figure out how that needs to work. I can certainly have some thoughts on it. I encourage our federal government, I encourage every province, and territory in the country to work together to eliminate poverty in our country because I think then it will be better for all of us.

**Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy, Department of Human Resources, Labour and Development, Government of Newfoundland and Labrador:** Thank you and I am going to try to keep my comments brief because I know you want the opportunity to ask questions. When we received our invitation, it indicated that you were interested in knowing more about how we are coordinating a whole of government approach. I thought I would just follow Minister Skinner's introductory remarks with some details from that particular perspective.

Specifically, I will outline the mechanisms and processes that we are using to ensure that we have a comprehensive and government wide approach. When we look at the experience of other countries and the experiences that we had have here in Canada, all the evidence points to what we need. We need a comprehensive approach in order to be able to tackle the complex problem like poverty and social exclusion. As Minister Skinner referenced, when we talk about poverty we are really talking about population health through the social determinants of health. We include social inclusion in the definition. Unlike the terms "population health" and "social determinants of health," I think everyone relates to the term "poverty." The other thing that happens within a public service is if you have a term like "population health" or "social determinants of health," everyone says, oh, well that is the responsibility of the Department of Health and Community Services. One of the advantages of talking about poverty is it is clear that it is no one department's responsibility. It helps take you to the place where you realize you do need a comprehensive approach to tackle the problem.

The focus that we have been directed to take is one that is on prevention and early intervention to break the cycle. We have talked a lot about the intergenerational nature of poverty and looking at reducing and alleviating the negative effects of poverty. Mr. Skinner referred to that.

In terms of the success of the initiatives and in the overall approach, the key has been the level of leadership that has been given to this issue. Minister Skinner referred to the premier's commitment and the ministerial committee to oversee the strategy. Nine ministers make up that committee. Over half of our provincial cabinet is overseeing the Poverty Reduction Strategy. Ministers from Aboriginal Affairs, Education, Finance, Health and Community Services, Finance, Justice, Labrador Affairs, Innovation Trade and Rural Development, and the Minister responsible for the Volunteer and Non-Profit

Je laisse à des gens plus éclairés que moi le soin de déterminer comment ça doit se passer. Je peux certainement pour ma part y réfléchir. J'encourage le gouvernement fédéral et chacune des provinces et chacun des territoires du pays à travailler ensemble pour faire disparaître la pauvreté de notre pays, parce que je pense que ce serait avantageux pour nous tous.

**Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté, ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Merci; je vais essayer de m'en tenir à quelques brèves observations, parce que je sais que vous voulez pouvoir poser des questions. Dans votre invitation, vous avez indiqué que vous aimeriez en savoir davantage sur la façon dont nous coordonnons une approche pangouvernementale. Je pensais simplement donner suite à la déclaration initiale du ministre Skinner en vous fournissant des détails à cet égard.

Plus précisément, je vais vous décrire les mécanismes et les processus auxquels nous avons recours pour nous assurer que notre approche est globale et pangouvernementale. Lorsque nous nous penchons sur l'expérience d'autres pays et sur les expériences que nous avons vécues ici, au Canada, toutes les données nous indiquent ce dont nous avons besoin. Nous avons besoin d'une approche globale pour être en mesure de régler un problème complexe comme celui de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Comme le ministre Skinner l'a dit, lorsque nous parlons de la pauvreté, nous parlons en fait de la santé des populations par l'intermédiaire des déterminants sociaux de la santé. Pour nous, l'inclusion sociale fait partie de la définition. Ce n'est pas tout le monde qui sait à quoi renvoient les expressions « santé des populations » et « déterminants sociaux de la santé », mais je pense que tout le monde a une bonne idée de ce que signifie le terme « pauvreté ». Par ailleurs, ce qui se produit au sein de la fonction publique si l'on utilise un terme comme « santé des populations » ou « déterminants sociaux de la santé », c'est que tout le monde se dit, oh, eh bien, c'est la responsabilité du ministère de la Santé et des Services communautaires. L'un des avantages que présente le fait d'utiliser le terme « pauvreté », c'est qu'il est clair que ce n'est pas la responsabilité d'un seul ministère. Ça aide les gens à comprendre qu'il faut adopter une approche globale pour régler le problème.

L'orientation qu'on nous a donnée, c'est une orientation axée sur la prévention et sur l'intervention dès le début du cycle, pour le rompre. Nous avons beaucoup parlé de la nature intergénérationnelle de la pauvreté, ainsi que du fait de réduire et d'atténuer les effets négatifs de la pauvreté. M. Skinner en a parlé.

Pour ce qui est du succès des initiatives et de l'approche globale, l'élément clé a été le degré de leadership dont on a fait preuve dans ce dossier. Le ministre Skinner a parlé de l'engagement du premier ministre et du comité ministériel à superviser l'application de la stratégie. Neuf ministres forment ce comité. Plus de la moitié de notre cabinet provincial supervise l'application de la Stratégie de réduction de la pauvreté. Les ministres des Affaires autochtones, de l'Éducation, des Finances, de la Santé et des Services communautaires, des Finances, de la Justice, des Affaires du Labrador, de l'Innovation du Commerce



Sector are members of that group. I think one of the things that is really important is that in addition to this sort of social departments that you would expect, you would also notice on that list was the Department of Finance and the Department of Innovation, Trade and Rural Development. It has been really important, in terms of thinking about this comprehensively, to have that level of leadership from across government. Any of you who have every worked in public service or been involved probably know that it is very difficult to work horizontally in government. We are situated in departments which are vertical structures and we traditionally work in our silos. If we did not have that level of leadership and we were not challenged to work this way, I do not think we would be successful.

There is also a ministerial committee and a deputy minister's committee, which mirrors the same representation as the minister's committee with related agencies such as our Women's Policy Office, our Rural Secretariat, the Housing Corporation, et cetera. These committees are critical in terms of leadership as well at the departmental level; the deputies challenge their departments to work this way. We are also lucky in terms of our public service that there is a recognition that has been building over a long time, but if we really want to make a difference in these areas, we need to work together across departments.

When we think of poverty, there are things that we can do in the Department of Human Resources, Labour and Employment. There are things the Department of Finance can bring in like income tax reduction, but unless we are all working together we are not going to have the impact that we need to have on people living in poverty.

We also have a working group that includes director-level representation. When we meet, we try not to consider that we are there to represent our departmental mandates, but rather we always take as the starting point, the perspective of people living in or vulnerable to poverty. That has been really important. I think maybe it is kind of hard sometimes to explain, but normally, when we all go to meetings, we are there, I am there from Human Resources, Labour and Employment, someone else is there from Health and Community Service and we are all trying to think about what our little piece of the pie is and what we bring to that and that makes you miss the bigger picture. Working this way has allowed us to consider the bigger picture. We look at the issues through the lens of the person living in poverty.

The other key element is that the Poverty Reduction Strategy division has poverty reduction as its primary responsibility. In terms of thinking at the national level how this might work

et du Développement rural, ainsi que le ministre responsable du secteur du bénévolat et des organisations sans but lucratif font partie de ce groupe. L'une des choses qui, à mon avis, est très importante, c'est que, en plus des ministères à vocation sociale dont on s'attend à ce qu'ils fassent partie de cette liste, vous avez remarqué qu'il y a aussi le ministère des Finances et le ministère de l'Innovation, du Commerce et du Développement rural. Pour réfléchir à cette question dans un contexte global, il a été vraiment important de faire preuve de ce degré de leadership dans l'ensemble du gouvernement. Quiconque d'entre vous a déjà travaillé au sein de la fonction publique ou a déjà participé à ce genre d'activités sait probablement qu'il est très difficile de travailler de façon horizontale au sein d'un gouvernement. Nous faisons partie des ministères, qui sont des structures verticales, et nous avons l'habitude de travailler en vase clos. Si nous ne faisons pas preuve de ce degré de leadership et si nous n'étions pas poussés à travailler de cette façon, je ne pense pas que nous connaîtrions du succès.

Il y a également un comité ministériel et un comité des sous-ministres, auxquels sont représentés, de la même façon qu'au comité des ministres, des organismes connexes comme notre Bureau des politiques sur la condition féminine, notre Secrétariat rural, la Société de logement, entre autres. Ces comités jouent également un rôle de leadership essentiel au niveau ministériel; les sous-ministres poussent leurs ministères à travailler de cette façon. Nous sommes également chanceux que l'idée ait fait son chemin progressivement au sein de notre fonction publique, mais, si nous voulons vraiment changer les choses dans ces domaines, nous devons faire en sorte qu'il y a une collaboration entre les ministères.

Lorsque nous songeons à la pauvreté, il y a des choses que nous pouvons faire au sein du ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi. Il y a des choses que le ministère des Finances peut faire, par exemple réduire l'impôt sur le revenu, mais à moins que nous ne travaillions ensemble, nous n'arriverons pas à faire ce qu'il faut faire pour sortir les gens de la pauvreté.

Il y a également un groupe de travail composé de directeurs. Lorsque nous nous réunissons, nous essayons d'oublier que nous sommes là pour représenter notre ministère respectif, qui a son mandat particulier, et nous essayons d'adopter, comme point de départ, la perspective des gens qui vivent dans la pauvreté ou qui sont vulnérables à cet égard. C'est quelque chose qui a été très important. Je pense que c'est peut-être difficile parfois à expliquer, mais, normalement, lorsque nous nous réunissons tous, nous sommes là, je suis du ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, il y a une autre personne qui est du ministère de la Santé et des Services communautaires, et nous essayons tous de réfléchir à ce qui constitue notre petite part, à ce que nous avons à apporter et à ce qui manque pour dresser un portrait global de la situation. Travailler ainsi nous a permis d'envisager les choses de ce point de vue global. Nous envisageons les problèmes du point de vue des gens qui vivent dans la pauvreté.

L'autre élément clé, c'est que la division de la Stratégie de réduction de la pauvreté a pour principale responsabilité la réduction de la pauvreté. Pour ce qui est de réfléchir, à l'échelle



federally, it is important and it is someone's primary responsibility within the public service to be focused on this sort of complex initiative to keep the momentum going.

In terms of the way that we work and the key elements of our general process, we have been reviewing all of our existing programs and services. We have been analysing the combined impacts of programs and services, both existing and new. That is a really complicated task when you think about things like marginal effect of tax rates and the way all the provincial and federal programs merge together and what they mean for people. We have been undertaking research and we are looking at how to we can measure our progress while getting a handle on who is living in poverty and why. We have also been consulting with the community. We have an ongoing dialogue. We have a good relationship with a wide variety of community partners. As Minister Skinner referenced, this year we are going back out more broadly to try to talk to as many people as we can about how we are doing and what we need to be doing in the future. It is important that this work be undertaken not from one department's mandate because I think the response would be very different. I cannot emphasize also the importance of our connection to community partners.

**Lynn Vivian-Book, Assistant Deputy Minister, Income Employment and Youth Services, Department of Human Resources, Labour and Employment, Government of Newfoundland and Labrador:** Good afternoon, I just want to highlight one other area that is very significant in terms of taking a comprehensive and integrated approach to poverty through, whether you call it horizontal or whole of government approaches. Another essential piece is the linkages to other strategies or other major initiatives. For our government there are several and they are all at varying stages of development. They all have slightly different structures in terms of approach, but some of those include the wellness strategy, which you are going to hear about in a little while. Included are the healthy aging and senior's strategy; violence prevention strategy; the mental health and addictions framework; sport and recreation strategy and the energy plan. We have annual Aboriginal women's conferences that feed into the agenda and a northern strategic plan. So, there are many, all of which have elements that support and we can be supportive of through the poverty initiative. Some of the ways that we do that is through some joint representation on committees. We are putting a focus on strengthening the joint representations, as we believe we will find some common indicators. We believe there is something to learn from other strategies that we can build on using the Community Accounts as the basis for many of those areas. We have also moving toward more than just shared planning, but shared work across these initiatives. These will grow and build as we go along. It is essential that we maximize that integration and I think there is still some work to do in that area, but I think we have come a long way. Our provincial departments are accustomed to working together and

nationale, à la façon dont cela pourrait fonctionner au gouvernement fédéral, il est important que quelqu'un au sein de la fonction publique se concentre sur ce genre d'initiatives complexes pour que le mouvement se maintienne, et que ce soit la responsabilité principale de cet intervenant.

Pour ce qui est de notre façon de travailler et des principaux éléments de notre processus général, nous avons passé en revue l'ensemble de nos programmes et services. Nous avons analysé les effets combinés de nos programmes et services, ceux qui existaient déjà et les nouveaux. C'est vraiment une tâche complexe si l'on pense à des choses comme l'effet marginal des taux d'imposition et à la façon dont tous les programmes provinciaux et fédéraux se combinent et à ce que cela signifie pour les gens. Nous avons entrepris des travaux de recherche et nous étudions la façon d'évaluer nos progrès tout en essayant de déterminer qui vit dans la pauvreté et pourquoi. Nous avons également effectué des consultations dans les collectivités. Nous discutons constamment avec celles-ci. Nous entretenons de bonnes relations avec toutes sortes de partenaires communautaires. Comme le ministre Skinner l'a dit, cette année, nous allons multiplier les efforts pour essayer de discuter avec le plus de gens possible de la façon dont nous nous en tirons et sur ce que nous devons faire dans l'avenir. Il est important d'entreprendre ce travail en dehors du mandat d'un seul ministère, parce que je pense que la réponse serait très différente si c'était le cas. Par ailleurs, je ne peux insister suffisamment sur l'importance du lien que nous entretenons avec nos partenaires communautaires.

**Lynn Vivian-Book, sous-ministre adjointe, Revenu, Emploi et services à la jeunesse, ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Bonjour. Je veux simplement mettre en lumière un autre élément qui est très important pour ce qui est d'adopter une approche globale et intégrée face à la pauvreté, qu'on parle d'une approche horizontale ou d'une approche pangouvernementale. Un autre élément essentiel, ce sont les liens avec d'autres stratégies ou d'autres grandes initiatives. Pour notre gouvernement, il y en a plusieurs, et celles-ci en sont à des étapes différentes de leur évolution. Elles ont des structures légèrement différentes les unes des autres sur le plan de l'approche, mais il y a parmi celles-ci la stratégie sur le mieux-être, dont vous allez entendre parler tout à l'heure. Il y a également la stratégie sur le vieillissement en santé et les aînés, la stratégie de prévention de la violence, le cadre relatif à la santé mentale et à la dépendance, la stratégie sur le sport et les activités de loisirs et le plan sur l'énergie. Il y a des conférences annuelles de femmes autochtones qui alimentent le programme et un plan stratégique pour le Nord. Ainsi, il y a de nombreuses stratégies, et elles comportent toutes des éléments qui appuient l'initiative relative à la pauvreté et que nous pouvons soutenir dans le cadre de cette initiative. L'un des moyens par lesquels nous le faisons, c'est la représentation conjointe au sein de différents comités. Nous mettons l'accent sur le renforcement des représentations conjointes, puisque nous pensons pouvoir trouver des indicateurs communs. Nous pensons qu'il y a des choses à apprendre des autres stratégies et que nous pouvons bâtir quelque chose à partir de là en utilisant les comptes communautaires comme fondement dans bien des cas. Nous envisageons également d'effectuer de façon concertée non seulement la planification,

I think we have been able to move that along. Aisling referenced the point that having the focus on poverty is an advantage because not one department owns poverty and coming to the table was an easier piece for other departments to do. That is both a benefit and a challenge. It is certainly a challenge at the federal-provincial level because there is not one table to bring agendas forward or areas forward. There is not one area, but that does not mean that you should not go there, but it does provide some additional challenges.

Although we are talking about poverty today, it is certainly essential for us and we are continuing to move along that path of working to maximize the work across the strategies that we have in government. I believe that you cannot tackle everything all at the same time and building on the different strategies and bringing them forward as an integrated approach, I think will serve us well from a lessons learned and from experience in horizontal and vertical policy development.

**The Chair:** Thank you all very much. The minister already told us we obviously came here to study Community Accounts and whole of government approach and he was absolutely right.

I would like to address how you are using the incredible information that is available at the community level through Community Accounts. In my opinion, it is the best information available in the country. I would like to discuss how you are using this to organize communities because real change occurs at the community level. You need everything; you need federal, provincial, municipal interventions, but I think real change occurs at the community level where people understand each other, where people understand what has to be done. I think that from a point of view of correction of health disparities in various communities, you need organization at the community level. How can you use this wealth of information to organize communities?

**Ms. Gogan:** The Community Accounts are a powerful tool because they share information with communities, with community-based groups, and with individuals who can look and learn about their communities or have evidence to support what they already know about their communities in many cases. So, the government has promoted the use of Community Accounts and as you probably heard this morning, there is regular training for community based groups and just for individuals in the community on how to use Community Accounts. When we use information it means that communities can go and they can have access to the same information as well. It adds to our transparency and our accountability because there

mais également le travail dans l'ensemble de ces initiatives. Celles-ci vont prendre de l'ampleur au fur et à mesure que notre travail avancera. Il est essentiel pour nous de maximiser l'intégration, et je pense qu'il y a encore du travail à faire dans ce domaine, mais nous avons fait un bon bout de chemin. Les fonctionnaires de nos ministères provinciaux ont l'habitude de travailler ensemble, et je pense que nous avons été en mesure de faire avancer les choses. Aisling vous a expliqué l'idée selon laquelle le fait de mettre l'accent sur la pauvreté est un avantage parce que, de cette façon, la pauvreté n'est pas l'apanage d'un seul ministère, et cela a permis aux autres ministères de participer plus facilement au débat. C'est à la fois un avantage et un défi. C'est certainement un défi à l'échelle fédérale-provinciale, parce qu'il n'y a pas qu'une seule tribune où présenter des programmes ou des questions. Il n'y a pas qu'une seule tribune, mais ça ne signifie pas qu'il ne faut pas y participer, même si ça pose des défis de plus.

Même si nous parlons aujourd'hui de la pauvreté, il est clairement essentiel pour nous de maximiser le travail que nous effectuons dans le cadre de l'ensemble des stratégies du gouvernement, et nous continuons de suivre cette voie. Je pense qu'il est impossible de tout régler d'un coup et que le fait de s'appuyer sur les différentes stratégies et de les présenter comme une approche intégrée va nous être utile du point de vue des leçons apprises et de l'expérience d'élaboration de politiques horizontales et verticales.

**Le président :** Merci beaucoup. Le ministre nous a déjà dit que nous sommes évidemment venus ici pour étudier les comptes communautaires et l'approche pangouvernementale, et il avait tout à fait raison.

J'aimerais parler de la façon dont vous utilisez l'information extraordinaire qu'offrent à l'échelon communautaire les comptes communautaires. À mon avis, c'est l'information de la meilleure qualité qu'on trouve au pays. J'aimerais parler de la façon dont vous l'utilisez pour organiser les choses dans les collectivités, parce que des changements réels se produisent à l'échelon communautaire. On a besoin de tout; on a besoin d'interventions fédérales, provinciales et municipales, mais je pense que les vrais changements se produisent à l'échelon communautaire, où les gens se comprennent, où ils savent ce qu'il faut faire. Je pense que, du point de vue de la correction des écarts entre les différentes collectivités sur le plan de la santé, il faut organiser les choses à l'échelon communautaire. Comment pouvez-vous utiliser cette riche information pour organiser les collectivités?

**Mme Gogan :** Les comptes communautaires sont un outil puissant puisqu'ils permettent la diffusion d'information auprès des collectivités, des groupes communautaires et des particuliers, qui peuvent y apprendre des choses au sujet de leurs collectivités ou obtenir des données à l'appui de ce qu'ils savent déjà, dans bien des cas, au sujet de leurs collectivités. Ainsi, le gouvernement a fait la promotion de l'utilisation des comptes communautaires, et, comme vous l'avez probablement déjà entendu dire ce matin, une formation est offerte régulièrement aux groupes communautaires ou aux simples citoyens qui veulent apprendre à utiliser les comptes communautaires. Si nous utilisons de l'information, cela signifie que les collectivités peuvent avoir accès



is also information in Community Accounts that we might not highlight. Other communities might bring that information forward to us and say look, in our community, we have a higher use of income support or we have, depending on the piece of information. We have also been looking to add to Community Accounts a growing, evolving tool. For example, community safety information was added fairly recently and soon, we are going to add the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure. That measure will allow people to look at ways of getting at poverty or low-income right down at the community level. They will be able to identify the problem and focus on single parents or older single adults et cetera. That helps in terms of the dialogue with government. I think the main thing is that the information is out there to be used by the Community Accounts and it allows us to talk at a different level. When we did our consultations in 2005 we had a background report that had some statistics about how we saw the problem and then community groups were able to use that and use Community Accounts when we went out to talk to them about their own communities. We encouraged that dialogue. Similarly, we are in the process of developing a short background document that will help shape our next round of consultations. It makes room for a discussion at a different level and it allows community players to feel more confident about coming to the table with evidence for what they are saying.

**The Chair:** Mr. Minister, I am looking at the map of Newfoundland and Labrador and I see the problem areas, which you have marked with red dots. Do you have organizations in place in those trouble spots that can speak directly to the citizens in those areas? I am absolutely convinced that change occurs on the ground. However, I am not sure that any of us truly understands the meaning of a community. I am not sure that we know how big or small a community should be and whether they should just come out of the woodwork by serendipity, the way most of them have. I do not know whether they should have a civic attachment or they should have a postal code attachment, et cetera.

Have you progressed far enough in your endeavours that you can sit in your office, look at the red dots and say, oh yes, this is what I am going to do, and this is where I will intervene? You are on your own because you do not really have many examples to draw from across the country.

**Mr. Skinner:** When I look at the red dots, I feel we are moving forward although I do not have a lot of personal experience outside the department to draw upon. I can only anecdotally, I guess, share with you that I believe we have tremendous capacity in our communities that are quite willing to assist us in making

à cette même information aussi. Cela contribue à la transparence de nos activités et à nous rendre responsables, parce qu'il y a aussi de l'information contenue dans les comptes communautaires sur laquelle nous pouvons ne pas insister. D'autres collectivités peuvent nous présenter cette information et nous dire, par exemple, que le recours au soutien du revenu est plus élevé chez elles, en fonction de l'information. Nous envisageons également depuis un certain temps d'ajouter un outil capable d'évoluer et de prendre de l'ampleur aux comptes communautaires. De l'information sur la sûreté des collectivités, par exemple, a été ajoutée assez récemment, et nous allons bientôt ajouter également une mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador. Cette mesure va permettre aux gens d'étudier des façons de s'attaquer au problème de la pauvreté ou du faible revenu à l'échelon communautaire. Ils vont être en mesure de définir le problème et de se concentrer sur les chefs de famille monoparentale ou sur les adultes âgés et célibataires, entre autres. C'est quelque chose d'utile dans le cadre du dialogue avec le gouvernement. Je pense que l'élément principal, c'est que l'information existe et peut être utilisée par les comptes communautaires, ce qui nous permet de discuter des problèmes à différents niveaux. Lorsque nous avons procédé à nos consultations en 2005, nous avions un document d'information contenant certains chiffres relatifs à notre façon de voir le problème, puis les groupes communautaires ont pu l'utiliser et utiliser les comptes communautaires lorsque nous nous sommes rendus dans leurs collectivités pour discuter avec eux. Nous avons encouragé ce dialogue. Parallèlement, nous sommes en train de rédiger un petit document d'information qui va donner forme à notre prochaine ronde de consultations. Ce procédé permet un débat à un niveau différent et permet aux intervenants des collectivités de participer au débat avec plus de confiance puisqu'ils obtiennent des données pour appuyer leurs propos.

**Le président :** Monsieur le ministre, j'ai devant moi la carte de Terre-Neuve-et-Labrador et je vois que vous y avez indiqué par des points rouges les secteurs où il y a des problèmes. Y a-t-il des organisations en place dans ces endroits qui peuvent parler directement avec les citoyens? Je suis tout à fait convaincu que le changement se produit sur le terrain. Cependant, je ne suis pas sûr qu'il y a parmi nous quelqu'un qui comprend vraiment ce qu'est une collectivité. Je ne suis pas sûr que nous savons quelle taille une collectivité doit avoir et si elle doit sortir de l'isolement par un heureux hasard, comme ça a été le cas pour la plupart. Je ne sais pas si les collectivités devraient correspondre aux municipalités ou si elles devraient être définies en fonction du code postal, et ainsi de suite.

Avez-vous progressé suffisamment dans votre travail pour examiner ces points rouges dans votre bureau et vous dire, puis, voilà ce que je vais faire, et voilà où je vais intervenir? Vous êtes laissés à vous-même, puisqu'il n'y a pas vraiment d'exemples au pays desquels vous pourriez vous inspirer.

**M. Skinner :** Lorsque j'examine ces points rouges, j'ai l'impression que nous faisons des progrès, quoique je n'ai pas beaucoup d'expérience personnelle en dehors du ministère dans laquelle puiser. Tout ce que je peux vous dire, de façon anecdotique, j'imagine, c'est que je pense qu'il y a énormément



our communities and our province a better place in which to live. This is not something that we need to go and thrust upon people. They are actually waiting for it; they are down there waiting for us to bring the resources of government to the table to assist them in what it is they are trying to do. In many ways, I believe we are very complimentary in terms of what it is we are trying to achieve. My experience is that depending on the issue or the policy decisions that you are trying to develop, there are leaders in the community who will step forward. These leaders are recognized as leaders in that particular area and the communities let them represent them in these issues.

It is not difficult most times to find the people you need to talk to help move the agenda forward. As Aisling has said the beauty of Community Accounts is that the information is there for everyone to see; there are no surprises. In addition, if we try to do anything through the back door that we could not do through the front door people will know that anyway because they see the same information. So, the level of accountability is very high. Besides that level of accountability, the localized nature of the information and Community Accounts helps to bring out the uniqueness of some of the areas that we talk about, so that a solution that happens here on the map may not happen half a mile away because it is a bit different from that particular community. Because of our geographic mass, you can go from community A to community B that may be very close to each other, but be different in terms of the kinds of challenges and the kinds of responses they need to those challenges. I believe we have a very strong community base, lots of capacity very willing to assist and very much looking for our assistance and the resources we can bring forward. I always feel like we are working in partnership with the individuals in our community. Sometimes we have differences of opinion, but for the most part, we have been able to keep moving the agenda forward because we all are dealing from the same set of circumstances and we all know the reality. It is not a government picture or an organization's picture; it is the picture. It is real and because people respect that information and understand that information, you are able to deal with that and just move forward from there.

**Senator Cochrane:** Minister Skinner, we thank you for being here today and for the leadership that you have shown in your portfolio in promoting poverty reduction in the province.

Earlier today, we looked specifically at the Community Accounts system. We had three individuals here and I was very proud to see that we have such a system in place. I am proud of the people who have initiated this system and being from Newfoundland I am proud, I must tell you. I am impressed with its value as a tool to support an evidence-based

de gens dans nos collectivités qui sont tout à fait disposés à nous aider à améliorer nos collectivités et notre province. Ce n'est pas quelque chose que nous avons besoin d'imposer aux gens. C'est quelque chose qu'ils attendent, en fait; ils sont chez eux et ils attendent que nous mettions les ressources du gouvernement à leur disposition pour les aider dans ce qu'ils essaient de faire. À de nombreux égards, je pense que ce que nous essayons de réaliser est tout à fait complémentaire. D'après mon expérience, en fonction des enjeux ou des décisions stratégiques qu'on essaie d'arrêter, il y a des leaders dans la collectivité qui prennent la parole. Ces leaders sont reconnus comme tels dans leurs collectivités, et les gens leur permettent de les représenter pour ce qui est des enjeux en question.

La plupart du temps, il n'est pas difficile de trouver les gens à qui il faut s'adresser pour faire avancer les choses. Comme Aisling l'a dit, la beauté des comptes communautaires, c'est que l'information est accessible à tous; il n'y a pas de surprise. De plus, si nous essayons de faire en cachette quelque chose que nous ne ferions pas au grand jour, des gens vont le savoir de toute façon parce qu'ils ont accès à la même information. Le degré de responsabilisation est donc très élevé. En plus de ce degré de responsabilisation, la précision géographique de l'information et des comptes communautaires aide à faire ressortir le caractère unique des régions dont nous parlons, ce qui fait qu'une solution appliquée à tel ou tel endroit sur la carte peut ne pas être appliquée un mille plus loin, parce que la situation est légèrement différente à cet endroit. En raison de la taille de notre province, une collectivité A et une collectivité B peuvent être très près l'une de l'autre, mais être différentes sur le plan des problèmes auxquels elles sont confrontées et du genre d'intervention dont elles ont besoin pour les régler. Je pense que nous avons une assise communautaire très forte, et que beaucoup de gens sont prêts à nous aider et attendent avec impatience l'aide et les ressources que nous pouvons leur fournir. J'ai toujours le sentiment que nous travaillons en partenariat avec les membres de nos collectivités. Il arrive que nous ayons des divergences d'opinion, mais de façon générale, nous avons été en mesure de continuer de faire avancer les choses parce que nous sommes tous dans la même situation et que nous sommes tous conscients de la réalité. Il ne s'agit pas d'un portrait tracé par le gouvernement ou par une autre organisation; il s'agit d'un portrait des choses telles qu'elles sont. C'est la réalité, et comme les gens respectent et comprennent l'information, on peut travailler avec celle-ci et faire avancer les choses à partir de là.

**Le sénateur Cochrane :** Monsieur le ministre Skinner, merci d'être ici aujourd'hui et du leadership dont vous avez fait preuve dans le cadre de vos fonctions au chapitre de la promotion de la réduction de la pauvreté dans la province.

Plus tôt au cours de la journée, nous avons examiné la question du système des comptes communautaires. Nous avons reçu trois témoins, et ça m'a rendu très fière de voir que ce genre de système est en place chez nous. Je suis fière des gens qui ont instauré ce système, et, comme je viens de Terre-Neuve, je suis fière, je dois vous le dire. Je suis impressionnée par la valeur de cet outil qui

approach. We need a tool to support evidence and they showed us that they have such a tool.

**Ms. Vivian-Book:** you mentioned initiatives that are linked to the Poverty Reduction Strategy including healthy aging and the wellness strategy and I cannot help but wonder what impact Community Accounts had on the development of these initiatives.

**Ms. Vivian-Book:** From the perspective of wellness and the seniors in aging I think it is growing in its linkages. I think initially the data that was looked at were health status indicators and many of the traditional indicators. Now, adding that information around income, education, all of the areas that we can from Community Accounts, it was not necessarily the trigger that started the initiatives, but it is certainly being imbedded in them now. As the different choices are being made about initiatives and approaches and the community approach, that information is being used. I cannot say that the trigger was the Community Accounts. However, they are being used and will continue to be used as more information is added. It was not the trigger that established either of the two.

**Senator Cochrane:** What did you use at the trigger?

**Ms. Vivian-Book:** The triggers for wellness, and I was in the Department of Health and Community Services at the time with responsibility for this area, were certainly the health status indicators, indicators of lifestyle in terms of smoking behaviours, health behaviours, and high incidences of chronic disease. Other triggers included recognizing that in order to impact heart health and we had a lot of experience in the Heart Health Program and approaches, and looking at approaches like community kitchens. We took a very broad approach to these, but at the same time the development of the Community Accounts was coming along in tandem. Therefore, there were linkages and the important linkages at that point were to make sure the Community Account goes broader than population and traditional indicators, making sure it imbeds the indicators that can be utilized in planning for strategies that are more complex. As I mentioned, we have strategies across government that are in varying stages of development and I think our job is to make sure that they work in tandem as much as they can and benefit from the work of the Community Accounts. I think Community Accounts is better for having the conversation from other strategies and we are better from having the Community Accounts.

**Senator Cochrane:** I believe the Community Accounts program started in 1998 and the objective was to identify community strengths and needs to provide a picture of the social landscape in

s'inscrire dans le cadre d'une approche fondée sur des données. Nous avons besoin d'un outil qui peut servir de support pour les données, et ces témoins nous ont montré que nous disposons de ce genre d'outil.

**Madame Vivian-Book,** vous avez parlé de certaines initiatives liées à la Stratégie de réduction de la pauvreté, et notamment de la stratégie sur le vieillissement en santé et le mieux-être, et je ne peux m'empêcher de me demander quelle a été l'incidence des comptes communautaires sur l'élaboration de ces initiatives.

**Mme Vivian-Book :** Du point de vue du mieux-être et du vieillissement des aînés, je pense qu'il y a de plus en plus de liens. Je pense que les données qu'on a examinées au départ étaient les indicateurs de l'état de santé et de nombreux indicateurs courants. Maintenant, le fait d'ajouter de l'information sur le revenu, sur le degré de scolarité, sur tout ce que nous pouvons tirer des comptes communautaires, ça n'a pas nécessairement été ce qui a déclenché les initiatives, mais c'est assurément quelque chose qui en fait partie à l'heure actuelle. On utilise cette information lorsqu'on fait des choix au sujet des initiatives et des approches, ainsi que de l'approche communautaire. Je ne peux pas dire que ce sont les comptes communautaires qui ont été l'élément déclencheur. Cependant, on les utilise et va continuer de le faire au fur et à mesure que de nouveaux renseignements vont s'y ajouter. Ce n'est pas l'élément qui a déclenché l'une et l'autre initiative.

**Le sénateur Cochrane :** Quel a été l'élément déclencheur?

**Mme Vivian-Book :** Pour ce qui est du mieux-être — et je travaillais au ministère de la Santé et des Services communautaires à l'époque où celui-ci était responsable de ce domaine —, ça a certainement été les indicateurs de l'état de santé, les indicateurs relatifs au mode de vie pour ce qui est du tabagisme, de l'hygiène et de l'incidence élevée des maladies chroniques. Il y a eu aussi le fait de reconnaître cela pour obtenir des résultats en santé cardiovasculaire, et nous avons acquis beaucoup d'expérience dans le cadre du programme et des approches touchant la santé cardiovasculaire, ainsi que le fait d'envisager des approches comme des cuisines communautaires. Nous avons adopté une approche très générale face à ces choses, mais l'élaboration des comptes communautaires se faisait à ce moment-là en parallèle. Ainsi, il y avait des liens, et les liens importants à ce moment-là avaient pour objectif de garantir que les comptes communautaires contiennent davantage de renseignements que les indicateurs relatifs à la population couramment utilisés, de garantir qu'ils comportent les indicateurs pouvant être utilisés dans l'élaboration de stratégies plus complexes. Comme je l'ai mentionné, il y a des stratégies qui touchent l'ensemble du gouvernement et qui en sont à différentes étapes de leur application, et je pense que notre travail consiste à nous assurer que celles-ci se complètent le plus possible et profitent du travail effectué dans le cadre des comptes communautaires. Je pense que les comptes communautaires se trouvent améliorés par ce qui ressort des autres stratégies et que nous profitons à notre tour des comptes communautaires.

**Le sénateur Cochrane :** Je pense que le programme des comptes communautaires a été créé en 1998 et que l'objectif était de relever les forces et les besoins des collectivités pour décrire le paysage



ones own background and beyond. It reflects government's commitment to use evidence based decision making techniques which shall also serve as a tool for progress. Is that what your department is doing, minister? It started out that way, are we continuing on that way? Are we using that platform for current government initiatives?

**Mr. Skinner:** I think the short answer, senator, is yes, we are doing that, but I think we are also starting to realize the vast amount of information that is contained in Community Accounts. I do not think we realized just how much information we had and how much we could get from it. Now, as we start to use it more, every time you use it, you realize, my goodness, I could be doing something else and there is other information here that can inform other opinions. It is a bit of a treasure chest of information that every time we open it and start to use it we find something new that helps us.

To answer your question, I would say yes, we are still using it in that intended purpose. However, I think it has potential that we have not even realized yet to help inform government policy on a go-forward basis. Until we work with it more, I do not think we will realize that potential. I think we have not used it nearly to the capacity that it can be used to help us in informing government policy. I mean "us" as government as well as our community partners. I think they, as well, do not realize the potential that is there in terms of some are using it a lot and have good handle on it; some are only just scratching the surface yet, but I think there is still more to be done.

**Senator Cochrane:** Who do you mean by "some"?

**Mr. Skinner:** Some of the community groups know of and use the Community Accounts system extensively to help them in the work they do relative to their interactions with government. Some of those community based groups and community leaders are only now starting to use the Community Account systems to help them in terms of the work that they are doing. They are fairly new to it and have not realized the potential that exists with the information in Community Accounts.

**Senator Cochrane:** When they use this program, and they find out exactly where the problem is, do they come to you then when it comes to developing a program, and is this a joint venture?

**Mr. Skinner:** I do not want to refer to the information in Community Accounts as people identifying problems because I think it is more a matter of looking at the information and

social chez soi et ailleurs. C'est le reflet de l'engagement du gouvernement à utiliser des techniques de prise de décisions fondées sur les données, qui peuvent également servir d'outils de progrès. Est-ce que c'est ce que votre ministère fait, monsieur le ministre? C'est ainsi que les choses ont commencé, mais est-ce que c'est encore ce que vous faites? Utilisez-vous cette plate-forme pour les initiatives actuelles du gouvernement?

**M. Skinner :** Je pense que la réponse courte, sénateur, c'est que oui, c'est ce que nous faisons, mais je pense que nous commençons également à prendre conscience de la grande quantité d'informations que contiennent les comptes communautaires. Je pense que nous n'étions pas conscients du fait que tant d'information était à notre disposition et que nous n'avions pas compris à quel point celle-ci pourrait nous être utile. Maintenant que nous commençons à l'utiliser davantage, chaque fois que nous y avons recours, nous nous disons, mon Dieu, nous pourrions faire quelque chose d'autre et il y a là-dedans de l'information qui pourrait étayer d'autres opinions. C'est un peu comme un coffre plein d'informations dans lequel nous découvrons quelque chose de nouveau qui pourrait nous être utile chaque fois que nous l'ouvrons et commençons à utiliser ce qu'il y a dedans.

Pour répondre à votre question, je dirais que oui, nous utilisons encore les comptes communautaires aux fins pour lesquelles ils ont été créés. Cependant, je pense qu'ils offrent des possibilités dont nous n'avons même pas encore pris conscience pour ce qui est de contribuer à l'orientation des nouvelles politiques gouvernementales. Je pense que nous ne prendrons pas pleinement conscience de ces possibilités avant d'avoir travaillé davantage avec les comptes communautaires. Je pense que nous sommes loin de les avoir utilisés pleinement pour ce qui est de l'orientation des politiques gouvernementales. Par « nous », j'entends le gouvernement ainsi que nos partenaires communautaires. Je pense qu'eux non plus n'ont pas tout à fait pris conscience des possibilités qui s'offrent, puisque certains utilisent beaucoup les comptes communautaires et en ont une bonne maîtrise, alors que certains ne font qu'effleurer la surface, mais je pense qu'il reste beaucoup de choses à faire.

**Le sénateur Cochrane :** Qu'entendez-vous par « certains »?

**M. Skinner :** Certains groupes communautaires connaissent les comptes communautaires et les utilisent beaucoup dans le cadre du travail qu'ils font au chapitre de leurs rapports avec le gouvernement. Certains autres groupes et leaders communautaires ne font que commencer à utiliser le système des comptes communautaires dans le cadre de leur travail. C'est quelque chose d'assez nouveau pour eux, et ils n'ont pas pris conscience des possibilités qu'offre l'information contenue dans les comptes communautaires.

**Le sénateur Cochrane :** Lorsqu'ils utilisent ce programme et qu'ils déterminent exactement où se trouve le problème, s'adressent-ils à vous pour l'élaboration d'un programme, et s'agit-il d'une entreprise conjointe?

**M. Skinner :** Je ne veux pas dire de l'information que contiennent les comptes communautaires qu'elle est le moyen par lequel les gens cernent les problèmes, parce que je pense qu'il



recognizing what and why we feel it needs to be changed. It may not necessarily be problems that have been identified, but challenges that are in the community that need to be addressed.

The Canadian Mental Health Association recently approached me on some challenges that they were finding within their own organization relative to mental health and housing. It linked poverty, economic opportunity, consumption of mental health services, and housing all together and proposed some solutions to me. Because I am Minister for Housing, proposed some solutions that they felt may be able to address what they saw as being something lacking in the community. We had some discussions and through various budget initiatives, we have tried to respond. That is an example of how that particular group came forward to us.

I am sure Aisling can explain how she would use it from a government perspective to try and lead initiatives that would come forward from government.

**Ms. Gogan:** I am coming to the session tomorrow morning as well, so I know I will have more opportunity to talk then about as a user of Community Accounts.

Certainly, if we were looking, for example, across the province at income support use or just families living below a certain income level to see the geographic differences, or if we were looking at programs specifically targeted at single parents, we can use Community Accounts to look at where there are larger populations if we wanted to have a program. Some have a group dynamic where they are mainly single mothers, and they find it really useful to get together as a group because they can support each other and we have had great success with our employment transitions in some of those programs.

We can use Community Accounts as well as our own administrative data to look at where it makes sense to offer a program like that versus where we might have to develop a different model if there is not a kind of group that you can pull together. It is a good planning tool. I look forward to tomorrow for more of an opportunity to discuss some specific examples.

**The Chair:** I think a tremendous step forward that you are getting out of Community Accounts is there is a real linkage to productivity. We all pay lip service, and have done so for as long as I can remember, to a knowledge-based economy. We can all rant on about wasting our resources because we do not have a knowledge-based economy, and we are pulling everything out of the ground and so forth, and not getting the benefits from it we should be because we have not linked all this together.

s'agit davantage d'examiner l'information et de déterminer ce qui doit être changé et les raisons pour lesquelles nous pensons que cela doit changer. Ce ne sont pas nécessairement des problèmes qui sont relevés; ce peut être des défis que les collectivités doivent relever.

Les gens de l'Association canadienne pour la santé mentale m'ont parlé récemment des défis qui se posaient au sein de leur organisation en ce qui a trait à la santé mentale et aux logements. Ils ont établi des liens entre la pauvreté, les possibilités économiques, le recours aux services de santé mentale et le logement et ils m'ont proposé des solutions. Comme je suis le ministre responsable du Logement, ils m'ont proposé des solutions qui, selon eux, pourraient combler ce qu'ils jugeaient comme étant les besoins des collectivités. Nous avons discuté, et nous avons essayé d'intervenir dans le cadre de différentes initiatives budgétaires. C'est donc un exemple de la façon dont un groupe particulier s'est adressé à nous.

Je suis sûr qu'Aisling peut vous expliquer comment elle utilise les comptes communautaires, du point de vue du gouvernement, pour mener des initiatives gouvernementales.

**Mme Gogan :** Je vais participer également à la séance de demain matin, alors je sais que j'aurai l'occasion de reparler davantage de mon expérience d'utilisation des comptes communautaires.

Assurément, si nous voulions examiner, par exemple, le recours au soutien du revenu dans l'ensemble de la province ou simplement la situation des familles dont le revenu est inférieur à un seuil donné pour voir les différences sur le plan géographique, ou encore si nous envisagions des programmes ciblant les chefs de famille monoparentale, nous pourrions utiliser les comptes communautaires pour déterminer où se trouvent les groupes les plus importants dans le but d'instaurer un programme. La dynamique de certains de ces groupes fait qu'ils sont surtout composés de mères monoparentales, et celles-ci trouvent utile de se réunir parce qu'elles peuvent s'entraider, et nous avons connu beaucoup de succès dans le cadre de certains de ces programmes au chapitre de la transition vers l'emploi.

Nous sommes en mesure d'utiliser les comptes communautaires ainsi que nos propres données administratives pour déterminer à quel endroit il est sensé d'offrir un programme du genre et pour déterminer où il convient plutôt d'élaborer un modèle différent, s'il ne s'agit pas d'un type de groupe qu'on peut réunir. C'est un bon outil de planification. J'ai hâte de pouvoir vous parler demain d'exemples précis.

**Le président :** Je pense que l'énorme avantage que vous obtenez des comptes communautaires, c'est qu'ils sont réellement liés à la productivité. Nous parlons tous, depuis aussi longtemps que je me rappelle, de l'économie du savoir. Nous sommes tous capables de nous plaindre longuement du fait que nous gaspillons nos ressources parce que notre économie n'est pas fondée sur le savoir, de ce que nous tirons tout ce que nous possédons du sol et ainsi de suite, ainsi que du fait que nous n'en tirons pas pleinement avantage parce que nous n'avons pas établi les liens entre les différents éléments.

The Community Accounts organization chart has grown from just a well-being chart to an economic engine, which I think is tremendous, and we will be giving forth about that in our report, stealing their thunder as much as possible. I am just joking, of course; we will duly recognize what they have accomplished.

Minister, have you any ideas now that you are about to become a wealthy province, that will be subsidizing Ontario next year, about how you can exploit this tool to build this nucleus for a knowledge-based economy.

**Mr. Skinner:** We are facing that proverbial million-dollar question. You talk about this province becoming a wealthy province. We are doing that on the back of non-renewable resources. There is a limited window, and we recognize that. Every day that goes by, that window is closing. It might be a 10 year or 20 year window, but it is not going to be a 50 year or 60 year window, based on the information that I have seen. We have a very limited time frame in which to try to realize upon our successes.

One of the things we need to and will be doing in the future, I would suggest, with Community Accounts is right now it is being used to help us from a social development perspective, and a social support perspective, but as I referred to in my remarks when I opened up the session, we need to be able to have our social development and our economic development run hand in hand.

When we start to use Community Accounts for more economic development, then I think we will really be unearthing the potential that exists within it. Right now, it is used for social development because we can see very clearly on a community-by-community, neighbourhood-by-neighbourhood basis, the kinds of challenges we need to meet. This province has lived without adequate financial resources for a long time and because our economic status has not been that great for so long, we have not had the funds to be able to make some of the necessary investments.

Our Community Accounts paints a high-needs picture. There are many needs out there, there are many people, there are many neighbourhoods, and communities that need investment to help bring the level of social development and social inclusion up to an acceptable level.

At the same time, we need to be looking at Community Accounts from an economic development perspective. We need to look at the Community Accounts to help identify economic opportunities that we may be able to identify because of the information that we have in Community Accounts that helps us to get an economic picture of a community versus a social picture of a community. Then I think we will really start to see things moving forward. That is where I hope we will go with it. I think it will be another little while before we really start to utilize that

L'organigramme des comptes communautaires, qui était auparavant entièrement axé sur le mieux-être, est devenu un moteur économique, et je pense que c'est quelque chose d'extraordinaire, et nous allons en parler dans notre rapport pour essayer de leur voler la vedette le plus possible. C'est une blague, évidemment; nous allons dûment faire état de ce qu'ils ont accompli.

Monsieur le ministre, avez-vous des idées, maintenant que vous êtes sur le point de devenir une province riche, qui l'an prochain subventionnera l'Ontario, quant à la façon dont vous pouvez exploiter cet outil pour créer le noyau nécessaire à une économie du savoir.

**M. Skinner :** Nous devons répondre à la fameuse question à un million de dollars. Vous dites que notre province va devenir une province riche. Nous sommes en train d'accumuler les richesses grâce à l'exploitation de ressources non renouvelables. Le temps dont nous disposons est limité, et nous le savons. Il nous en reste de moins en moins avec chaque jour qui passe. Nous avons peut-être 10 ou 20 ans devant nous, mais certainement pas 50 ou 60 ans, d'après l'information dont j'ai pris connaissance. Nous ne disposons que de très peu de temps pour essayer de bâtir quelque chose sur nos succès.

L'une des choses que nous devons faire dans l'avenir et que nous allons faire, d'après moi, c'est que, en ce moment, nous utilisons les comptes communautaires dans le domaine du développement social, et dans le domaine des mesures de soutien social, mais, comme je l'ai dit dans ma déclaration au début de la séance, nous devons arriver à faire aller de pair développement social et développement économique.

Je pense que c'est lorsque nous commencerons à utiliser l'avantage des comptes communautaires pour favoriser la croissance économique que nous tirerons pleinement partie des possibilités qu'ils offrent. À l'heure actuelle, on les utilise pour le développement social parce qu'ils nous permettent de voir très clairement le genre de défi qu'il faut relever d'une communauté à l'autre et d'un quartier à l'autre. Ça fait longtemps que les ressources financières de la province ne sont pas adéquates, et, comme notre situation économique n'est pas terrible depuis longtemps, nous n'avons pas eu la capacité de faire certains investissements nécessaires.

Le tableau que brossent les comptes communautaires révèle les besoins importants. Il y a beaucoup de besoins, beaucoup de monde, beaucoup de quartiers et beaucoup de collectivités qui ont besoin d'investissements pour rétablir un niveau acceptable de développement social et d'inclusion sociale.

En même temps, il faut que nous envisagions les comptes communautaires du point de vue de la croissance économique. Nous devons utiliser les comptes communautaires pour découvrir les possibilités économiques qu'ils nous permettent de découvrir grâce à l'information qu'ils contiennent et qui nous permet de dresser un portrait économique des collectivités, en plus du portrait social. Je pense que c'est ainsi que nous allons vraiment commencer à voir les choses avancer. J'espère que c'est ce que nous allons faire. Je pense qu'il va falloir encore un peu de temps



information. I see us catching up now, for lack of a better phrase after “years of neglect;” years when we just did not have the money to do the kinds of things we needed to do.

I do believe that there will be an opportunity in the future to do more economic work which will tie into and build upon the social development work that we have been doing over the last couple of years, and will continue to do for some years to come.

**The Chair:** We owe Senator Cook a great deal because she kept telling us the great news from Newfoundland, and it is interesting when we are in other parts of the country, Senator Cook frequently says, “Well, I am from Newfoundland,” and I keep saying, “Senator Cook, you do not have to tell anybody you are from Newfoundland.” Senator Cook, you have a question.

**Senator Cook:** You are managing change. That is what it comes down to. I want to ask you a few questions about data, data collection, and the availability of it. In a fair number of our meetings, we have heard that there are barriers and privacy laws. There are agencies that do not know what to do with their data. Is your data provincial, or do you rely on Statistics Canada? Are your needs being met and if not, what are the barriers?

What improvements would you like to see in data availability from a position of access or presentations? As I understand it, the government uses the wonderful Community Accounts more than any other agency.

I wonder if NGOs or any other agencies are using Community Accounts, which is available free and on the web. I am thinking because it is so much a part of me, the Stella Burry Corporation, and the homeless strategy, affordable housing, and even my little drop-in centre for consumers of mental health like the Pottle Centre. I can see the Community Accounts from the bit that I have heard from the wonderful presenters today, that it can be of value even at that level, and I would just like to see where we are going with it.

**Ms. Gogan:** I will answer your question about NGO use, Stella Burry, and homelessness first, and the minister might like to add something. We have a project under way with the Newfoundland and Labrador Statistics Agency, the Poverty Reduction Strategy and the homelessness initiative, to look at how we can measure risk of homelessness, and it is tied to the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure. Some of the same underlying data that will allow us to calculate the NLMBM is also being used

avant que nous commencions vraiment à utiliser cette information. Pour l’instant, je nous vois comme étant en train de faire du rattrapage, après « des années de négligence », faute de trouver une meilleure façon de dire les choses, des années pendant lesquelles nous n’avions tout simplement pas l’argent nécessaire pour faire le genre de chose qu’il fallait faire.

Je pense qu’il va être possible dans l’avenir de faire davantage de travail du côté économique, en lien avec le travail de développement social que nous faisons depuis quelques années et que nous allons continuer de faire pendant quelques années encore, et en utilisant celui-ci comme fondement.

**Le président :** Nous devons une fière chandelle au sénateur Cook, parce qu’elle nous a toujours communiqué les bonnes nouvelles de Terre-Neuve, et c’est intéressant, parce que lorsque nous nous trouvons dans d’autres régions du pays, elle dit souvent, « Eh bien, je viens de Terre-Neuve », et je lui réponds toujours, « Sénateur Cook, pas besoin de dire à tout le monde que vous venez de Terre-Neuve. » Sénateur Cook, vous avez une question.

**Le sénateur Cook :** Vous gérez le changement. C’est à ça que ça revient. Je veux vous poser quelques questions au sujet des données, de la collecte de données et de l’accès à celles-ci. Nous avons souvent entendu dire à l’occasion de nos réunions qu’il y a des obstacles et des lois sur la protection des renseignements personnels. Il y a des organismes qui ne savent pas quoi faire avec leurs données. Est-ce que vos données sont les données provinciales, ou utilisez-vous celles de Statistique Canada? Est-ce que vos besoins sont comblés? Dans la négative, quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontés?

Quelles améliorations aimeriez-vous voir apporter au chapitre de l’accès aux données et de la façon dont elles sont présentées? D’après ce que je comprends, le gouvernement a recours à l’extraordinaire outil que sont les comptes communautaires plus que tout autre organisme.

Je me demande si des ONG ou d’autres organisations utilisent les comptes communautaires, qui sont accessibles gratuitement en ligne. Je pense, parce que ces choses sont si proches de moi, à la Stella Burry Corporation, ainsi qu’à la stratégie relative à l’itinérance, au logement abordable, et même à mon petit centre d’accueil pour les clients des soins de santé mentale comme le Pottle Centre. Je comprends d’après ce que j’ai entendu dire par les témoins extraordinaires que nous avons reçus aujourd’hui, que les comptes communautaires peuvent être utiles même à cette échelle, et j’aimerais simplement savoir ce que nous faisons dans ce domaine.

**Mme Gogan :** Je vais commencer par répondre à votre question sur l’utilisation des comptes communautaires par les ONG, par la Stella Burry Corporation et dans le domaine de l’itinérance, puis le ministre voudra peut-être ajouter quelque chose. Nous avons un projet en cours en collaboration avec le Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi qu’avec les responsables de la Stratégie de réduction de la pauvreté et de l’initiative relative aux sans-abri, qui vise à trouver



to create this measure. We are not very comfortable with the name "At risk of homelessness," but it is kind of a notional name right now.

We are working very closely with community partners on that front. We are working with Bruce Pierce, Jocelyn Green and others, to try to get at that issue because we do have a big concern, again thinking ahead to economic changes here in the province. We are already seeing more issues around homelessness and affordable housing. We need to act now so that we do not have a big problem very soon. I know this is an area very close to Minister Skinner, as Minister Responsible for Housing.

Many of our community groups use Community Accounts, as do individuals in some of our smaller communities, but it is quite uneven. Some organizations use it all the time and are very familiar with what it has to offer; some have only heard of it and have probably never used it. Promoting it is one of our goals, and as part of releasing the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure, there is some hope that it will re-energize community use of it as a tool. It might make some people, who have not looked at it in a number of years, go back into it to see what information is available. We might get some new users too. We do have a good relationship there and a partnership. Similarly, when we were adding community safety data, we had a lot of community partners involved in that initiative. A lot of the changes that you see, if you look over time, the things that have been added to Community Accounts, they have been added based on what communities have come forward and said they would like to see in Community Accounts as well as government users.

**Mr. Skinner:** As in any other province, there is a greater amount of usage in the urban core because the capacity of the organizations is greater here. We have regions of the province that cannot access the Internet, so they are not able to go online and get the information. Some of the groups you mentioned in and around the Avalon region would be better able to use that simply because their level of access is greater. Another initiative we are trying, as a government, is to get Internet usage out to anywhere where there is a provincial office. We will bring Internet to that community, and then hopefully other people will be able to piggyback on from there.

des moyens de mesurer le risque d'itinérance, et c'est lié à la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador. Certaines des mêmes données sous-jacentes que celles qui vont nous permettre de calculer la mesure sont également utilisées pour créer cette mesure. Nous n'aimons pas beaucoup l'expression « risque d'itinérance », mais ce n'est qu'un nom conceptuel utilisé pour l'instant.

Nous travaillons en collaboration très étroite avec nos partenaires communautaires à cet égard. Nous travaillons avec Bruce Pierce, Jocelyn Green et d'autres à essayer de régler ce problème, parce que nous sommes très préoccupés vu les changements qui vont toucher la situation économique de la province. Nous constatons déjà l'existence d'un plus grand nombre de problèmes liés à l'itinérance et au logement abordable. Nous devons agir dès maintenant si nous voulons éviter un problème grave qui pourrait survenir très bientôt. Je sais que c'est une question que le ministre Skinner suit de près, comme ministre responsable du logement.

Bon nombre des groupes communautaires de notre province utilisent les comptes communautaires, comme le font des citoyens de certaines des petites collectivités, mais c'est très inégal. Certaines organisations y ont recours constamment et savent très bien ce que les comptes communautaires ont à offrir, alors que d'autres en ont seulement entendu parler et ne les ont probablement jamais utilisés. La promotion des comptes communautaires fait partie de nos objectifs, et nous avons espoir, en diffusant la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador, que cela va renouveler l'intérêt des collectivités pour cet outil. Peut-être certaines personnes qui n'y ont pas jeté un coup d'œil depuis un certain nombre d'années y reviendront-elles pour voir quelle information est accessible. Nous allons peut-être également attirer de nouveaux usagers. Nous entretenons de bonnes relations avec les collectivités et nous avons conclu un partenariat avec celles-ci. De la même façon, lorsque nous avons ajouté aux comptes communautaires des données sur la sûreté des collectivités, nous avons sollicité la participation de beaucoup de nos partenaires communautaires. Beaucoup des changements que vous pouvez constater, si vous regardez ce qui s'est passé au fil du temps, des choses qu'on a ajoutées aux comptes communautaires, ce sont les choses qu'on a ajoutées parce que les collectivités ont parlé de ce qu'elles voudraient y voir ajouter, comme l'ont fait les usagers qui font partie du gouvernement.

**M. Skinner :** Comme dans toutes les autres provinces, c'est en ville qu'on utilise le plus des ressources, parce que la capacité des organisations est plus grande ici. Dans certaines régions de la province, il est impossible d'accéder à Internet, ce qui fait que les gens ne peuvent pas obtenir l'information en ligne. Certains des groupes que vous avez mentionnés et qui se trouvent dans la région d'Avalon et dans les alentours peuvent utiliser cela plus facilement simplement parce qu'ils ont un meilleur accès. Une autre initiative que nous mettons à l'essai, au gouvernement, c'est d'offrir un accès à Internet partout où il y a un bureau provincial. Nous allons offrir un accès à Internet à ces collectivités, et nous espérons que d'autres personnes pourront utiliser cet accès comme un levier.

In terms of the users it is available for anyone, and I, like Aisling, would say to you, there are groups who use it, but again it is still not understood exactly how it can be used and what it can be used for. In discussions with our community partners, we refer to it as a tool that we use to help us in our decision-making and policy-making. I think that heightens the importance of it for the community groups and the NGOs that we are dealing with, and then in turn then start to mine that data to see how they can use it for their own purposes.

I say to you again I think it is something that is still being understood by people in the community as to what it contains and how it can be utilized. The more educational sessions we can do, the more awareness we can do, the more, I believe, we will get the support of people in using it. It is not being utilized as much as it should be, nor as much as I would like to see, in particular outside the major urban core, but I think, it is something that will become more of a tool used by those groups in the future.

**Senator Cook:** My first question concerned the availability of data. Do you look for data other than from provincial sources?

**Ms. Gogan:** Yes, senator, and Alton will speak more to that issue tomorrow. They have some of the problems, but they have overcome many of the challenges. Part of the groundbreaking aspect of Community Accounts is opening up Statistics Canada data for everyone to use because there are charges and fees associated with purchasing the data, and normally when you purchase it, it is only for your own use. Our statistics agency managed to enter into an agreement with Statistics Canada to provide that data in the way it is.

In terms of other data availability and confidentiality, we certainly do encounter issues, and there is always that balance; you want to protect people's privacy and maintain confidentiality, and we do encounter situations where you know that what you are trying to do is not the things that citizens are concerned about.

Citizens are concerned about being identified and having their privacy violated, not having research undertaken that can help with understanding a problem and finding a solution. We are certainly looking at the kind of waivers people sign when they provide information. We have to make sure that we can use that information for research, while also ensuring people's privacy and confidentiality. We run into problems where sometimes we cannot link data in the way that we would like because it was collected for a certain purpose. Anyone who does research has encountered those kinds of problems. It is an ongoing challenge for sure.

Pour ce qui est des usagers, les comptes communautaires sont accessibles à tous, et je vous dirais, comme Aisling, qu'il y a des groupes qui les utilisent, mais que, encore une fois, on ne comprend pas encore très bien comment les utiliser. Dans les discussions avec nos partenaires communautaires, nous en parlons comme d'un outil que nous utilisons dans le cadre de notre processus décisionnel et d'élaboration de politiques. Je pense que nous soulignons ainsi l'importance des comptes communautaires aux yeux des groupes communautaires et des ONG avec lesquels nous faisons affaire, et ceux-ci fouillent à leur tour dans ces données pour voir comment ils pourraient les utiliser à leurs propres fins.

Je vous répète que je pense que c'est quelque chose que les gens des collectivités cherchent encore à comprendre, quant au contenu et à l'utilisation. Plus nous allons organiser de séances d'information et de sensibilisation, plus les gens vont être en faveur de l'utilisation des comptes communautaires, selon moi. On ne les utilise pas autant qu'on devrait le faire, et pas autant que je souhaiterais qu'on le fasse, surtout à l'extérieur de la principale région urbaine, mais je pense que c'est un outil que ces groupes vont utiliser davantage dans l'avenir.

**Le sénateur Cook :** Ma première question concernait les données accessibles. Cherchez-vous à obtenir d'autres données que celles qui proviennent de sources provinciales?

**Mme Gogan :** Oui, sénateur, et Alton va en parler plus en détail demain. Ils sont confrontés à certains des problèmes, mais ils en ont surmonté beaucoup. L'une des choses qui font que les comptes communautaires sont novateurs, c'est qu'ils permettent à tout le monde d'accéder aux données de Statistique Canada, parce qu'il y a habituellement des frais liés à l'achat des données et que, normalement, lorsqu'on en fait l'acquisition, c'est seulement pour usage personnel. Notre Bureau de la statistique est parvenu à une entente avec Statistique Canada qui lui permet de diffuser les données comme il le fait.

Pour ce qui est de l'accès à d'autres données et de la confidentialité de ces données, c'est sûr que nous faisons face à des problèmes, et il y a toujours cet équilibre — on veut protéger les renseignements personnels des gens et maintenir la confidentialité, et nous nous retrouvons parfois dans la situation où nous savons que ce que nous essayons de faire n'est pas ce qui préoccupe les citoyens.

Les citoyens sont préoccupés par le fait d'être identifiés et qu'on s'immisce dans leur vie privée, et non par les études qui sont entreprises qui peuvent permettre de comprendre un problème et d'y trouver une solution. C'est sûr que nous jetons un coup d'œil sur le genre de document de renonciation à leurs droits que les gens signent lorsqu'ils fournissent de l'information. Nous voulons nous assurer de pouvoir utiliser cette information aux fins de la recherche, tout en protégeant la vie privée des gens et en assurant la confidentialité de leurs renseignements personnels. Nous faisons face parfois à des problèmes lorsque nous ne pouvons établir les liens que nous souhaiterions établir entre les données parce que celles-ci ont été recueillies pour certaines fins précises. Quiconque fait des recherches a déjà été confronté à ce genre de problèmes. C'est un problème qui se pose toujours, c'est sûr.



**Senator Cook:** I would like to see that challenge identified, Mr. Chair. Maybe tomorrow you might tell us the cost of getting this data and some of the things that maybe would be helpful that we could list in our report. If we can identify those barriers that are there, maybe we can find a way to roll away the stone.

[Translation]

**Senator Pépin:** In June 2006, your government published a report entitled *Reducing Poverty, an Action Plan for Newfoundland and Labrador*. One of the action's plan goals was to highlight early childhood development. Could you expand on how you intend to promote early childhood development in your province? What indicators will you use to measure the progress achieved in early childhood development every two years, as planned?

[English]

**Ms. Vivian-Book:** One of the major trusts in the poverty initiative, as you noted, is in the area of early childhood development as a determinant. That has been evidenced in the new initiatives focused on through the poverty initiative and the many focuses on prevention in the initiatives. For example, in the initiatives that were funded, there were additional dollars for health baby clubs that promote well-being in terms of supporting women through pregnancy and early parenting. We have seen several initiatives that focus on the early years. It is also complementary to the government's Early Learning and Child Care Plan, which is linked to the areas of early childhood and child care.

There have also been many initiatives like enhancements to our mother-baby nutritional supplement, enhancements to the Newfoundland and Labrador Child Benefit. Many of the initiatives in the area of prevention in particular have taken an early childhood focus. In addition, we are seeing the introduction of fresh fruits and vegetables through clubs, through our Kids Eat Smart program. Many of these initiatives have been supported. I think it is safe to say right from day one and ministers certainly have been very interested and very convinced that to really tackle poverty and look at these issues, the areas of early childhood development and having citizens get off to a good start is critical to that process.

**Eleanor Swanson, Director, Wellness Team, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador:** Senators, I am pleased to be here, good afternoon everyone. We have put on the nice weather for you.

**Le sénateur Cook :** J'aimerais qu'on définisse ce problème, monsieur le président. Peut-être pourriez-vous nous parler demain de ce qu'il en coûte pour obtenir ces données et de certaines des choses dont il pourrait être utile que nous parlions dans notre rapport. Si nous relevons les obstacles, peut-être pourrions-nous trouver le moyen de les supprimer.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** En juin 2006, votre gouvernement a publié le rapport *Reducing Poverty, an Action Plan for Newfoundland and Labrador*. Un des buts de ce plan d'action était de mettre de l'avant le développement de la petite enfance. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur les façons que vous comptez utiliser pour mettre de l'avant le développement de la petite enfance dans votre province? Et sur la base de quels indicateurs allez-vous déterminer les progrès réalisés au niveau de la petite enfance, comme il est prévu, tous les deux ans?

[Traduction]

**Mme Vivian-Book :** L'une des principales hypothèses de l'initiative sur la pauvreté, comme vous l'avez fait remarquer, c'est que le développement de la petite enfance est un déterminant. Ce fait a été prouvé par des données dans le cadre des nouvelles initiatives sur lesquelles on a mis l'accent dans le cadre de l'initiative sur la pauvreté et par le fait qu'on a beaucoup mis l'accent sur la prévention dans ces initiatives. Dans celles qui ont été financées, par exemple, on a prévu des sommes supplémentaires pour des clubs de santé des nourrissons qui font la promotion du mieux-être en soutenant les femmes pendant leur grossesse et dans les premières étapes de leur rôle de mère. Nous avons vu créer plusieurs initiatives axées sur la petite enfance. C'est par ailleurs quelque chose qui complète le plan relatif à l'apprentissage des jeunes enfants et aux garderies du gouvernement, qui est lié aux questions de la petite enfance et des garderies.

Il y a eu aussi de nombreuses initiatives comme les améliorations apportées à notre supplément alimentaire pour les mères et leurs nourrissons, ainsi qu'à la prestation pour enfants de Terre-Neuve-et-Labrador. Beaucoup d'initiatives, surtout celles du domaine de la prévention, sont maintenant axées sur la petite enfance. Par ailleurs, des fruits et des légumes frais sont maintenant distribués par l'intermédiaire de clubs, dans le cadre de notre programme Kids Eat Smart. Bon nombre de ces initiatives ont reçu du soutien. Je pense qu'on peut dire sans craindre de se tromper que, dès le début... et les ministres se sont assurément montrés très intéressés et très convaincus de ce que, pour vraiment régler le problème de la pauvreté et pour examiner ces questions, le développement de la petite enfance et le fait d'offrir un bon départ aux citoyens sont des éléments essentiels du processus.

**Eleanor Swanson, directrice, Équipe du mieux-être, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Sénateurs, je suis heureuse d'être ici. Bonjour à tous. Nous avons commandé du beau temps pour vous.



I will begin with a brief overview that will take me a few minutes. I noticed in reading the background materials that you are interested in partnerships and collaboration and community capacity building in those particular areas.

We have just completed the evaluation of Phase 1 of the Provincial Wellness Plan, I have circulated our report *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*. I have copies of the summary report of that evaluation and if you would like, I will certainly guide you through an overview of that because that may lead to some more information and may answer some of your questions.

I will begin with the report *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for the Province of Newfoundland and Labrador*. There was a large consultation across the province for this strategic health plan and this key area was identified as needing a particular focus. The province established a Wellness Advisory Council and the membership of that council consists of government and non-government organizations, a huge array of partners. It includes community organizations, such as cancer, heart and stroke, lung, the Mental Health Association, and so on. It also includes professional associations, such as the physicians, nurses, allied health, and it includes all of the government departments that have a vested interest in a link to health promotion and wellness. It is a multi-layered organization.

The provincial government asked the Provincial Wellness Advisory Council to identify the priorities for health promotion and wellness for the province. The document that the government produced was in response to those recommendations. I cannot say that there were any particular recommendations that were not included, it is pretty well universally the full breadth of what was recommended and we see is that things happen incrementally over time. The council is that the council continues to meet every two months and continues to guide the implementation of the Provincial Wellness Plan as well.

For Phase 1, which was 2006 to this year, our focus was on the areas of healthy eating, physical activity, tobacco control and injury prevention. The Phase 2 areas are mental health promotion, child and youth development, environmental health and health protection. This was not all new; there is work going on in these areas as we began, but we enhanced the focus as we moved forward. This year, the Phase 2 document will outline how we will be moving forward with the four priority areas. The work for Phase 1 continues. It is an ongoing process for all of the priority areas.

Je vais commencer par faire un petit survol de la question qui va me prendre quelques minutes. J'ai remarqué, à la lecture des documents d'information, que vous vous intéressez aux partenariats, aux collaborations et au renforcement des capacités communautaires dans ces domaines particuliers.

Nous venons tout juste de terminer l'évaluation de la première étape du Plan provincial de mieux-être, et j'ai fait circuler notre rapport, qui s'intitule *Achieving Health and Wellness : Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*. J'ai avec moi des exemplaires du rapport sommaire de cette évaluation, et si vous le souhaitez, je peux certainement faire avec vous un survol de ce rapport, parce que cela pourrait mener à de nouveaux renseignements et pourrait répondre à certaines de vos questions.

Je vais commencer par le rapport intitulé *Achieving Health and Wellness : Provincial Wellness Plan for the Province of Newfoundland and Labrador*. Il y a eu de vastes consultations à l'échelle de la province au sujet de plan stratégique en matière de santé, et il est ressorti de ces consultations qu'il convenait d'accorder une attention particulière à cette question clé. La province a créé un conseil consultatif sur le mieux-être, dont sont membres les organisations gouvernementales et non gouvernementales qui forment un énorme réseau de partenaires. Le conseil compte également dans ses rangs des organisations communautaires, notamment les organisations qui se consacrent au cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies pulmonaires, ainsi que l'Association pour la santé mentale. Il y a aussi des associations professionnelles qui sont représentées au sein du conseil, notamment celles des médecins, des infirmières, des paramédicaux, et tous les ministères intéressés directement par un lien avec la promotion de la santé et le mieux-être sont également représentés. C'est une organisation à plusieurs niveaux.

Le gouvernement provincial a demandé au conseil consultatif sur le mieux-être de la province de déterminer les priorités en matière de promotion de la santé et de mieux-être pour celle-ci. Le document que le gouvernement a publié constituait une réponse à ces recommandations. Je ne peux pas dire qu'une recommandation particulière a été exclue; le rapport porte sur à peu près tout ce qui a été recommandé, et ce que nous sommes en train de voir, c'est que les choses se produisent de façon graduelle. Le conseil continue de se réunir une fois tous les deux mois et continue de guider l'application du plan provincial du mieux-être.

Pour la première étape, qui allait de 2006 jusqu'à l'année courante, nous nous sommes concentrés sur la saine alimentation, l'activité physique, la prévention du tabagisme et la prévention des blessures. Les thèmes de la deuxième étape sont la promotion de la santé mentale, le développement des enfants et des jeunes, la santé environnementale et la protection de la santé. Ce n'était pas entièrement des choses nouvelles; on effectuait déjà du travail dans ces domaines lorsque nous avons entamé la première étape, mais nous avons mis davantage l'accent sur les différents éléments au fur et à mesure que notre travail avançait. Cette année, le document de la deuxième étape va décrire la façon de faire progresser les choses dans nos quatre domaines prioritaires. Le travail de la première étape se poursuit. C'est un processus continu pour tous les domaines prioritaires.

In each of those focus areas there is a working group or there was an existing advisory committee. These groups worked and developed a paper that they presented to the council where it was eventually approved. Once approved by the council it was presented to the Minister of Health for his consideration in guiding what government would do to address those issues.

The key directions outlined for the Provincial Wellness Plan are strengthening partnerships and collaboration; developing and expanding wellness initiatives, creating new programs and services that we would need to address the issues; increasing public awareness; and enhancing the capacity for health promotion in the province. Under the strengthening partnerships, I have outlined the Provincial Wellness Advisory Council. There existed an alliance for the control of tobacco; I think another unique example of bringing all of the partners that had a stake in a particular topic together. I was dealing with the tobacco issue at the time and what would happen; the minister would receive a request to meet with the Medical Association, the lung, the heart, the cancer. They all joined and wanted us to do something concerning tobacco use. We invited them to pool their energies together, present to government a budget that they thought would help us accomplish what those particular actions would need, in terms of resources, and so the alliance was formed. It has continued for about, eight or nine years and functions very well. Within the Health Promotion and Wellness Division, a health promotion consultant specializes in the tobacco area. That consultant provides the link for us and a tremendous amount of leadership and guidance for the council. We fund the council.

The other area just to note in partnerships and collaboration are the regional wellness coalitions. They sort of mimic the provincial council at the regional level and are more community focused. Their origins came with what was called the Newfoundland and Labrador Heart Health Program. Senators have likely heard of the program that was popular in the 1990s. We had a very strong Health Heart Program and to engage the community, we established coalitions that were invited to take on a broader perspective in terms of wellness. They agreed, expanded their mandate and membership and continue to be very actively involved at the regional level.

A third example of partnerships is the whole area of youth and wellness and I think that is best seen as self-expressed in a project called Healthy Students, Healthy Schools. This is a partnership between the departments of health and education and we had to do was abandon our jurisdictional silos and share and agree to work collaboratively. The first project that we took on was School

Dans chacun des domaines, il y a un groupe de travail ou il y avait un comité consultatif. Ces groupes ont fait un certain travail et rédigé un document qu'ils ont présenté au conseil aux fins d'approbation. Une fois le document approuvé par le conseil, on l'a présenté au ministre de la Santé pour qu'il puisse envisager des façons d'orienter les activités du gouvernement visant à régler les problèmes en question.

Les principales orientations décrites dans le Plan provincial de mieux-être sont les suivantes : le renforcement des partenariats et des collaborations, la création de nouvelles initiatives et l'expansion des initiatives existantes en matière de mieux-être, la création des nouveaux programmes et services dont nous avons besoin pour régler les problèmes en question, la sensibilisation de la population et le renforcement de la capacité de promotion de la santé dans la province. Pour ce qui est du renforcement des partenariats, j'ai parlé du conseil consultatif sur le mieux-être de la province. Il y avait une alliance pour la prévention du tabagisme, et je pense qu'il s'agit d'un autre exemple unique de rassemblement de tous les partenaires intéressés par un sujet particulier. Je m'occupais du problème du tabagisme à l'époque, et ce qui se passait, c'est que le ministre recevait une demande de rencontre avec les représentants de l'Association médicale, ainsi que des organisations qui se consacrent aux maladies pulmonaires, aux maladies du cœur et au cancer. Tous ces représentants se sont réunis et nous ont demandé de faire quelque chose au sujet du tabagisme. Nous les avons invités à mettre leurs efforts en commun, à présenter au gouvernement un budget qui, selon eux, les aiderait à prendre les mesures particulières qui étaient nécessaires, sur le plan des ressources, et ainsi, l'alliance s'est formée. Elle existe depuis huit ou neuf ans, et elle fonctionne très bien. Il y a au sein de la Division de la promotion de la santé et du mieux-être un consultant en matière de promotion de la santé qui se spécialise dans le domaine du tabagisme. Ce consultant est notre lien, et il offre un important leadership et une importante orientation au conseil. Nous finançons ce conseil.

L'autre domaine, pour le dire en passant, en ce qui a trait aux partenariats et aux collaborations, ce sont les coalitions régionales pour le mieux-être. Celles-ci font en quelque sorte la même chose que le conseil provincial, mais à l'échelle régionale, et elles sont davantage axées sur les collectivités. Elles ont vu le jour dans le cadre de ce qu'on appelait le programme de santé cardiovasculaire de Terre-Neuve-et-Labrador. Les sénateurs ont probablement déjà entendu parler de ce programme, qui avait un bon taux de participation dans les années 90. Nous avions alors un très bon programme de santé cardiovasculaire, et pour mobiliser les membres des collectivités, nous avons établi les coalitions et les avons invitées à adopter un point de vue plus général sur le mieux-être. Les coalitions ont accepté, elles ont donné de l'ampleur à leur mandat et trouvé de nouveaux membres, et elles continuent d'être très actives à l'échelle régionale.

Un troisième exemple de partenariats, c'est toute la question des jeunes et du mieux-être, et je pense que la meilleure façon d'en parler, c'est de parler d'un projet intitulé Healthy Students, Healthy Schools. Il s'agit d'un partenariat entre les ministères de la santé et de l'éducation, et nous avons dû quitter les compartiments définis par nos compétences et échanger et



Food Guidelines and so the Department of Health was deemed as having the expertise in health and nutrition because we have a nutritionist on staff and the Department of Education, of course, is the purveyor of the curriculum for the province. We looked for the link, we provided funding for each of the school districts to have a resource person to help to implement those guidelines and ongoing activities that we see coming up in the future. An excellent partnership was formed that has a focus on our youth.

The final area is injury prevention where a coalition had existed in the past. Through a series of teleconferences, which work very well in the province because it is geographically very large and it is an inexpensive way to get together but serves a very useful function, we pulled together all the groups that are involved in injury prevention. In fact, we expanded that to an Atlantic basis and they have regular conference calls where people in similar groups and the provincial governments in the four Atlantic provinces meet to share information on what they are doing about a particular issue.

The second, I think I have addressed a number of the issues. It is difficult to stick to one particular focus when there is a very broad approach. This has all to do with the initiatives or the programs and services that we have and I have spoken about the schools. The other one that I would like to mention is the Provincial Wellness Grants Program.

When the council developed the Provincial Wellness Plan, the community organizations that were there said, you know, it is fine, we knew we needed government resources at the provincial level. That is how the division of which I am the director was established. We also knew that the regions, in order to provide the support for the communities, needed to have resources, but the community organizations said we need resources too, so what can you do for us? What we did was assign \$500,000 on an annual basis for grants that would go out to community organizations and, of course, they have to deal with the priority issues that we had outlined and helped to compliment what the plan was about and move those forward. We have had three successive years of that. It is a learning experience to embark upon something so new and complex and I think we have moved ahead fairly well with it. The area was included in the evaluation extensively, so if we get into the evaluation report, you will see some of the reaction to that.

The third key direction that we have for the plan is increasing public awareness, and the main thing we did there was establish a website for the Provincial Wellness Plan. I must say, it was my first involvement with establishing a new website. We started the website three years ago. It is very challenging to keep things up to date, to keep them well resourced and so on. I think if you happen

accepter de travailler en collaboration. Le premier projet que nous avons lancé s'intitulait Lignes directrices sur l'alimentation en milieu scolaire, et on a donc jugé que le ministère de la Santé possédait l'expertise en matière de santé et nutrition, parce qu'il y a un nutritionniste au sein du personnel de celui-ci, et c'est bien entendu le ministère de l'Éducation qui offre le programme dans la province. Nous avons cherché le lien, et nous avons offert du financement à chacun des arrondissements scolaires pour l'embauche d'une personne-ressource dont le rôle sera d'appliquer ces lignes directrices et d'organiser ces activités permanentes que nous entrevoyions pour l'avenir. Nous avons formé un excellent partenariat axé sur nos jeunes.

Le dernier domaine, c'est la prévention des blessures, pour laquelle il y avait une coalition dans le passé. Dans le cadre d'une série de téléconférences — les téléconférences étant quelque chose qui fonctionne très bien dans la province, parce qu'elle est grande et qu'il s'agit d'une façon peu coûteuse de se réunir, mais qui est très utile —, nous avons rassemblé tous les groupes qui s'occupent de la prévention des blessures. En réalité, nous avons étendu cette pratique à toute la région de l'Atlantique, et on tient maintenant régulièrement des téléconférences dans le cadre desquelles des groupes du même genre et les gouvernements des quatre provinces de l'Atlantique échangent de l'information sur ce qu'ils font au sujet de telle ou telle question.

Pour ce qui est de la deuxième orientation, je pense que j'ai déjà parlé d'un certain nombre des questions qu'elle englobe. Il est difficile de s'en tenir à une seule chose dans le cadre d'une approche très générale. Tout cela est en lien avec les initiatives ou les programmes et services que nous offrons, et j'ai parlé des écoles. Le programme dont j'aimerais parler, c'est le Programme provincial de subventions pour le mieux-être.

Lorsque le conseil a mis au point le plan provincial de mieux-être, les organisations communautaires qui ont participé au processus ont dit : « Vous savez, c'est bien, nous savions que nous avions besoin de ressources gouvernementales à l'échelon provincial. » C'est ainsi que la division que je dirige a été créée. Nous savions également que les régions avaient besoin de ressources pour soutenir les collectivités, mais les organisations communautaires nous ont dit : « Nous avons besoin de ressources aussi, alors que pouvez-vous faire pour nous? » Ce que nous avons fait, c'est que nous avons décidé d'accorder des subventions annuelles de 500 000 \$ aux organisations communautaires qui, bien entendu, doivent s'occuper des enjeux prioritaires que nous avons définis et contribuer à réaliser les objectifs du plan. Nous avons fait ça pendant trois années d'affilée. C'est une expérience d'apprentissage que d'entreprendre quelque chose d'aussi gros et d'aussi complexe, et je pense que nous nous en sommes très bien tirés. L'évaluation a en grande partie porté là-dessus, alors si nous parlons du rapport d'évaluation, vous allez pouvoir prendre connaissance de certaines des réactions à cette initiative.

La troisième orientation principale du plan, c'est la sensibilisation de la population, et la chose la plus importante que nous avons faite à cet égard, ça a été de créer un site Web pour le Plan provincial de mieux-être. Je dois dire que c'est la première fois que je participais à la création d'un site Web. Nous avons commencé il y a trois ans. C'est très difficile de mettre les



to go in on it now, you will find that it is a little dated and we are just in the process of getting the staff back in place to begin work on it again and making it a little more current for us, but that was our main thrust.

Additionally all of the regional wellness coalitions have developed their own sites and they are all linked to that. As well, there is a site for the Healthy Students, Healthy Schools program and it is available at [livinghealthyschools.com](http://livinghealthyschools.com). We have gone along with the times and we are getting public information out through the web.

Our final key direction was about enhancing capacity for health promotion. I mentioned that we have resourced and the funding that we were able to get was from the first minister's health accord. When the premiers met three or four years ago, one of the areas that this province wanted to have, as part of its funding, was the whole area of health promotion and wellness. It was the biggest influx of money I have seen in the 30 years I have been with the provincial government. Those funds allowed us to move forward to do the things that we have been able to do. The lion's share of that funding, safe to say went out to the regional health authorities so that they actually had the on-the-ground staff in order to move things forward. That was a decision that we certainly wanted to make. The regional wellness coalitions receive annual funding from us as well to help with their agendas.

The final slide for the wellness plan, this aspect of the session today, concerns evaluation, accountability, and I have the results of the evaluation plan. We have produced our annual progress report for last year and are working this year's report. I neglected to bring a copy of the progress report, but I will be quite willing to share that with the committee.

The evaluation was contracted externally, so it is unbiased. It was done very extensively with key informant interviews and focus groups and some questionnaires as well. In the course of the evaluation, a great deal of data was collected.

You can see that the key areas that were evaluated reflect the key directions of the plan. Those areas include evaluations on whether we actually established those partnerships; whether we were able to build on the public policies and programs; enhance our capacity, our support for the coalitions; and the fact that we provided the Wellness Grants Program. I think I have addressed the nuts and the bolts and you can see that was the focus.

The key findings confirmed that in terms of partnerships in government and community organizations they did exist at both the provincial and regional levels. There is some discourse on each of the areas that I have mentioned and very positive feedback.

choses à jour tout le temps, de fournir les ressources nécessaires, et ainsi de suite. Je pense que si vous visitez le site, vous allez trouver qu'il est un peu dépassé, et nous venons tout juste de recommencer à embaucher des gens pour qu'ils y travaillent et pour qu'ils le mettent à jour pour nous, mais c'est la principale chose que nous avons faite.

De plus, toutes les coalitions régionales pour le mieux-être ont créé leurs propres sites, et ceux-ci sont tous en lien avec le nôtre. Il y a également un site du programme Healthy Students, Healthy Schools, accessible à [livinghealthyschools.com](http://livinghealthyschools.com). Nous suivons la tendance, et nous diffusons de l'information publique dans le Web.

La dernière orientation avait trait au renforcement des capacités en matière de promotion de la santé. J'ai mentionné le fait que les ressources et le financement que nous avons été en mesure d'obtenir découlaient de l'accord des premiers ministres sur la santé. Lorsque les premiers ministres se sont réunis il y a trois ou quatre ans, l'un des domaines que notre province voulait voir financer, c'était toute la question de la promotion de la santé et du mieux-être. C'est le plus important apport d'argent que j'ai vu en 30 ans de carrière au gouvernement provincial. Ces fonds nous ont permis d'avancer et de faire les choses que nous avons été en mesure de faire. La majeure partie de ce financement est indéniablement allée aux régies régionales de la santé, pour leur permettre d'avoir du personnel sur le terrain capable de faire avancer les choses. C'était une décision que nous voulions clairement prendre. Les coalitions régionales pour le mieux-être reçoivent également du financement annuel de notre part pour la réalisation de leurs programmes.

La dernière diapo qui porte sur le plan de mieux-être, ce volet de la séance d'aujourd'hui, concerne l'évaluation, la responsabilisation, et j'ai des résultats du plan d'évaluation. Nous avons publié notre rapport d'étape annuel pour l'an dernier, et nous sommes en train de travailler sur le rapport de l'année en cours. Je n'ai pas apporté d'exemplaire du rapport d'étape, mais je suis tout à fait disposée à le fournir au comité.

On a demandé à une tierce partie de faire l'évaluation, ce qui fait qu'elle est objective. Ça a été une évaluation très complète, effectuée par le moyen d'entrevues avec les principaux intervenants, de groupes de concertation, ainsi que de questionnaires. Beaucoup de données ont été recueillies au cours de cette évaluation.

Vous pouvez voir que les principaux domaines de l'évaluation correspondent aux principales orientations du plan. Il s'agissait de déterminer si nous avons bel et bien établi ces partenariats, si nous avons été en mesure de renforcer les politiques publiques et les programmes, si nous avons renforcé nos capacités, et si nous avons accru notre soutien aux coalitions et si nous avons exécuté le Programme de subventions pour le mieux-être. Je pense que j'ai parlé des éléments fondamentaux et que vous pouvez voir sur quoi était axée l'évaluation.

Les principaux résultats ont confirmé l'existence des partenariats au sein du gouvernement et des organisations communautaires, tant à l'échelon provincial que dans les régions. Il y a une discussion sur chacun des domaines dont j'ai

One of the notations concerned the Provincial Wellness Advisory Council. What was happening at our council meetings was that it was a lot of updating from the working groups and those were the leads for our own divisional staff. We have enhanced the focus where the individual organizations are being asked to come more proactively, to present about what they are doing and how it links with us. It is up to us to be more proactive and look at the original recommendations put forward by the council. It is up to us to check that the government acted on those items. There are items that the council itself needs to go back again and request that government look at. Finally, we have enhanced the involvement of the council in moving forward the new agenda items.

On the second key finding, and the policy areas, I had mentioned the school food guidelines and smoke-free grounds for the schools and our Healthy students, Healthy Schools program. Those programs were universally held up as excellent examples. We received the evaluation that people are particularly pleased about these programs and feel they were a worthwhile endeavour. The enhancement of the resources was a confirmation of the fact that we had actually done what we set out to do. The funding has certainly gone into the structure that exists.

The regional wellness coalitions also provide smaller wellness grants for groups and organizations at the basic community level. They offer funds to groups that want to undertake something that helps them move the agenda forward in their own individual community. Sometimes these are single events; sometimes they are to purchase resources for a particular effort that they are trying to undertake, whether it be for people to enhance their physical activity, et cetera. Some of the resources go to those types of programs including hiking and nature trails. Signage has received funding so that people can move safely around when they are trying to access the provincial trails.

The grants were well received. The evaluation reflected the hiccups that we had in the beginning in trying to design this and ensure that all of the possible organizations that could benefit from this would have an opportunity to submit proposals. The process we used was to go through the members of the House of Assembly. The members received notification, were offered calls for proposals and the guidelines. They were encouraged to circulate those calls for proposals to any community groups of which they were aware. We also went through the regional wellness coalitions because they certainly have all kinds of partners, so they distributed them to their clientele. We also distributed them to our regional health authorities, because they are our community and they are throughout the province. They are the public health nurses, the regional nutritionists, social workers, and so on, who deal with people in the province. We also dispersed it through them, so we felt that we had a fairly extensive advertising of the program that we wanted to solicit applications from.

parlé et une rétroaction très positive. Un des points soulevés concernait le conseil consultatif provincial sur le mieux-être. Ce qui se passait aux réunions de notre conseil, c'est qu'il y a avait beaucoup de comptes rendus de la part des groupes de travail, et ce sont ces groupes qui dirigeaient le personnel de notre division. Nous avons demandé aux organisations de jouer un rôle plus proactif, de parler de ce qu'elles font et des liens avec nos activités. Il nous appartient de jouer un rôle plus proactif et d'examiner les recommandations formulées au départ par le conseil. Il nous appartient également de vérifier que le gouvernement les a appliquées. Il y a des éléments sur lesquels le conseil lui-même doit revenir, et il doit demander au gouvernement de se pencher sur ceux-ci. Enfin, nous avons fait en sorte que le conseil participe davantage à l'application des nouveaux éléments du programme.

Pour ce qui est du deuxième résultat principal et de la question des politiques, j'ai parlé des lignes directrices sur l'alimentation en milieu scolaire, des écoles sans fumée et de notre programme Healthy Students, Healthy Schools. Ces programmes ont été jugés par tous comme étant d'excellents exemples. On nous a dit que les gens étaient particulièrement contents de ces programmes et trouvaient qu'il s'agissait d'initiatives valables. L'augmentation des ressources a confirmé le fait que nous avons réalisé ce que nous avions prévu. Il est clair que le financement a été consacré à la structure existante.

Les coalitions régionales pour le mieux-être offrent également de petites subventions à des groupes et organisations qui s'occupent du mieux-être à l'échelle communautaire. Elles offrent des fonds aux groupes qui veulent entreprendre quelque chose qui contribue à l'application du programme dans leurs propres collectivités. Il s'agit parfois d'un seul événement; parfois, c'est pour faire l'acquisition de ressources dans le cadre d'un effort qu'on essaie de déployer, par exemple, dans le but d'inciter les gens à faire de l'exercice. Certaines des ressources sont consacrées à ce genre de programmes, par exemple la marche et les sentiers en nature. On a utilisé des fonds pour installer des panneaux indicateurs, de façon à assurer la sécurité des gens qui empruntent les sentiers provinciaux.

Les subventions ont été bien accueillies. L'évaluation révèle les petits problèmes que nous avons eus au début lorsqu'il s'est agi de concevoir le programme de façon que toutes les organisations qui pouvaient en profiter puissent faire une proposition. Le moyen que nous avons utilisé a été de passer par les membres de la Chambre d'assemblée. Nous leur avons fait parvenir un avis, les appels de propositions et les lignes directrices. Nous les avons encouragés à faire circuler ces appels de proposition auprès de tous les groupes communautaires qu'ils connaissaient. Nous nous sommes également adressés aux coalitions régionales pour le mieux-être, parce que celles-ci ont certainement toutes sortes de partenaires, ce qui fait qu'elles ont distribué les appels de propositions à leur clientèle. Nous les avons également distribués à nos régions régionales de la santé, parce qu'elles sont nos collectivités et parce qu'elles se trouvent un peu partout dans la province. Ce sont les infirmières en santé publique, les nutritionnistes régionaux, les travailleurs sociaux, et ainsi de suite, qui s'occupent des gens dans la province. Nous avons également diffusé les appels de propositions auprès de ces gens, et



I think it was a good sign that we learned from the first call for proposals to improve it for the second and the third, so that helped us move along the way well. You can see some commentary there about the efficiency of it. Certainly, a degree of satisfaction, my goodness, community organizations are so grateful to get some funding to do the things, to put in place the new ideas that they have, I should clarify for you that the purpose of the Wellness Grants Program is not to have a one-time thing, a one off. We selected and we had very careful criteria for selection. A team of people worked on the selection process and then our recommendations went to the minister and the minister approved them. We wanted to ensure that there was an opportunity for sustainability and that there were things perhaps that could be integrated into the mandate of the regional health authority. We did not want it to be a way that organizations would need to come back every year for sustained funding because we wanted to be able to continue to evolve in these priority areas and move forward. It certainly has been a bit challenging but we have some excellent success stories that have become integrated into what we do in terms of our community health programming.

The Provincial Wellness Plan was launched around the same time that we were undergoing the reorganization of the health authorities. The timing was helpful in that as the reorganization occurred wellness and health promotion were slotted in and recognized within the structure of all the health authorities. It was definitely a bonus and a way for us to have a very streamlined approach to each of the health authorities. It became very clear who the people were and their mandate. I think the timing was very helpful.

We received confirmation that we must continue to have a population health approach to include the social, economic and environmental determinants of health. That is an underpinning for our programming: those who need it most get it first and that it is available for the people who are in greatest need. Something like new school food guidelines that provides every child in the school system with the opportunity to be able to make the healthy choice and what we are striving to do now is to ensure that the healthy choice is not the expensive choice, it is the affordable choice.

I know the people who are here from the Poverty Reduction Strategy did make mention of a program which is also an organization called Kids Eat Smart. The foundation undertakes to organize or work with communities to develop and implement school feeding programs. There are breakfast, lunch and snack programs, and some after-school snack programs. The funding for those programs have been enhanced this year with a view to having all of the schools in the province who wish to have this

nous pensons ainsi avoir fait suffisamment de publicité autour du programme dans le cadre duquel nous voulions recevoir des demandes.

Je pense que, ce qui a été un bon signe, c'est que nous avons tiré des leçons du premier appel de propositions pour améliorer le second et le troisième, ce qui nous a aidés à progresser. Vous pouvez voir des commentaires au sujet de l'efficacité du processus. Il y a clairement une certaine satisfaction... mon Dieu, les organisations communautaires sont tellement reconnaissantes d'obtenir du financement pour faire ce qu'elles font, pour appliquer leurs nouvelles idées. Je dois préciser que l'objectif du programme de subventions pour le mieux-être n'est pas de subventionner une activité ponctuelle. Nous avons fait une sélection, et nos critères de sélection étaient très précis. Une équipe a travaillé au processus de sélection, puis nous avons présenté nos recommandations au ministre, qui les a approuvées. Nous voulions nous assurer qu'il y avait une possibilité de durabilité et qu'il y avait peut-être des choses qui pouvaient être intégrées au mandat de la région régionale de la santé. Nous ne voulions pas faire en sorte que les organisations aient à présenter une nouvelle demande chaque année pour obtenir un financement continu, parce que nous voulions être en mesure de continuer à modifier ces domaines prioritaires et à progresser. C'est sûr que ça a été un peu difficile, mais nous avons connu d'excellents succès qui font maintenant partie de ce que nous faisons dans le cadre des programmes de santé communautaire.

Le Plan provincial de mieux-être a vu le jour pendant que nous procédions à la restructuration de nos régions de la santé. Ça a bien tombé, puisque la restructuration a permis d'inscrire le mieux-être et la promotion de la santé dans le mandat de toutes les régions de la santé. C'était assurément un avantage pour nous et une façon d'avoir une approche très rationalisée pour chacune des régions de la santé. Le rôle et le mandat des gens sont ainsi devenus très clairs. Je pense que ça a très bien tombé.

Nous avons reçu la confirmation du fait que nous devons continuer d'avoir une approche en matière de santé des populations qui inclut les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. C'est l'un des principes de nos programmes : ceux qui en ont le plus besoin y ont accès en premier, et ils sont offerts aux gens qui ont les besoins les plus importants. Quelque chose comme des nouvelles lignes directrices sur l'alimentation en milieu scolaire qui permettent à chacun des enfants qui fréquentent l'école de faire les bons choix pour sa santé, et ce que nous essayons de faire en ce moment, c'est de nous assurer que les aliments sains ne sont pas nécessairement les plus chers et qu'il est possible de faire le choix santé en choisissant les aliments abordables.

Je sais que les gens qui sont ici qui représentent la Stratégie de réduction de la pauvreté ont parlé d'un programme qui est également une organisation et qui s'appelle Kids Eat Smart. La fondation s'occupe de l'organisation du travail auprès des collectivités pour l'élaboration et l'application de programmes d'alimentation en milieu scolaire. Il s'agit de programmes de déjeuner, de dîner et de collation, ainsi que de certains programmes de collation après les heures de classe. On a majoré



kind of programming, have it universally available. It is a non-stigmatizing approach whereby people pay what they can for the meals. St. John's School Lunch Program started that program. The children come home with an envelope that contains the menu for the month. The parents check off the list of meals and it goes back to the school in the sealed envelope. The parents include the funds they are able to spend. In that way, no child is stigmatized for lack of money, no one knows who paid or who did not pay.

Leadership is essential in the area and I am reaffirming the fact that the regional health authorities have identified key people. We have these people at the provincial level; we have a division, so we know where the leadership is expected and whose responsibility it is. Key to moving any of these programs forward is that we have sufficient resources. One of the areas that still does not have permanent funding is this liaison person between health and the schools. The Health Department funded those positions to the health authorities and assigned to the school system. It forces the link because you have a health authority person assigned to the school system and these people have varying backgrounds. We were fortunate because our initial priority was school food guidelines and I think three of the six positions at the beginning were actually nutritionists, so that really helped and it helped with the others because they were able to help them. What we are finding is that sometimes school district people and administrative people, like school principals who have retired, are quite interested in going back into these positions and they are extremely valuable because they truly understand the system and have such a wealth of knowledge to offer. It is a nice mix of people.

We received the recommendation that we continued to have the resources to support these programs. Additionally, we need to continue working in the area of communications and promotions and we need to get the website going a little bit better.

One of the recommendations from the evaluation about the Wellness Grants Program is really that we need to go into the projects from our divisional perspective and try to get more of the "learnings" from them. That is something that we have committed to do. A consultant who works with me specializes in evaluations, so that is an area that we are looking at. It has been recommended that we not go to another public call for proposals this year. Whether we will or not, I do not know. We may do it in a different way. That procedure overburdens us and we still have some existing projects that we are trying to work through. We will see how that goes and I guess the wisdom is to learn from the things that you have and if you have an evaluation, to take some of that wisdom and use it too.

Le financement de ces programmes cette année pour faire en sorte que toutes les écoles de la province qui souhaitent y accéder puissent le faire, pour qu'ils soient d'accès universel. Il s'agit d'une approche non stigmatisante dans laquelle les gens paient ce qu'ils peuvent pour les repas. Ce programme a vu le jour dans le cadre du programme des dîners à l'école de St. John's. Les enfants rapportent chez eux une enveloppe qui contient le menu du mois. Les parents cochent certains repas dans la liste, qu'ils rapportent à l'école dans une enveloppe scellée. Les parents mettent dans l'enveloppe le montant qu'ils peuvent se permettre de consacrer aux repas. Ainsi, aucun enfant n'est stigmatisé par le manque d'argent, et personne ne sait qui a payé et qui n'a pas payé.

Le leadership est une chose essentielle dans ce domaine, et j'affirme de nouveau que les régies régionales de la santé ont trouvé les bonnes personnes. Nous avons ces gens à l'échelon provincial; nous avons une division, ce qui fait que nous savons de qui le leadership doit venir et de qui c'est la responsabilité. Ce qui est important, pour exécuter ces programmes, c'est de disposer de ressources suffisantes. L'un des domaines dans lesquels il n'y a pas encore de financement permanent, c'est cette personne qui assure la liaison entre le milieu de la santé et les écoles. Le ministère de la Santé a financé ces postes au sein des régies de la santé et les a affectés au réseau scolaire. Ainsi, il y a un lien obligatoire, parce qu'il y a une personne de la régie de la santé qui est affectée au réseau scolaire, et ce sont des gens qui ont de l'expérience dans différents domaines. Nous avons eu de la chance, parce que, au départ, notre priorité, c'était les lignes directrices sur l'alimentation en milieu scolaire, et je pense que trois des six titulaires de poste étaient des nutritionnistes, ce qui a été utile, et ce qui a aidé les autres, parce que les trois nutritionnistes ont pu les aider. Ce que nous constatons, c'est que les gens des arrondissements scolaires et de l'administration, par exemple les directeurs d'école à la retraite, sont très intéressés à occuper ce genre de poste, et ils sont une ressource extrêmement précieuse, parce qu'ils comprennent vraiment le réseau et ont plein de connaissances à mettre à profit. C'est un beau mélange de gens.

On nous a recommandé de continuer de fournir les ressources nécessaires pour soutenir ces programmes. En outre, nous devons continuer de faire du travail dans le domaine des communications et de la promotion, et nous devons essayer d'améliorer un peu le site web.

L'un des recommandations de l'évaluation du programme de subventions pour le mieux-être, c'est que nous devons vraiment aborder les projets du point de vue de notre division et essayer de tirer davantage de « leçons » de ces projets. C'est quelque chose que nous nous sommes engagés à faire. Un consultant qui travaille avec moi se spécialise dans les évaluations, ce qui fait que nous nous penchons là-dessus. On nous a recommandé de ne pas procéder à un autre appel de propositions publiques cette année. Je ne sais pas si nous allons le faire. Nous allons peut-être le faire, mais d'une autre façon. La procédure est trop lourde pour nous, et il y a encore des projets que nous essayons de mener à terme. Nous allons voir comment les choses vont se passer, et j'imagine que la sagesse, c'est d'apprendre des choses qu'on a, et, lorsqu'on fait l'objet d'une évaluation, de profiter aussi de cette sagesse.

The last recommendation is that we continue to support the regional wellness coalitions because they are so vital.

**The Chair:** Thank you very much indeed. That is very interesting and I congratulate you on your progress.

As you presented, you did not mention the use of the information that sits in the Community Accounts. In our report, we will try to address the health disparities in Canada, these pockets of very poor health. Certainly there has been clear identification in the Community Accounts, although it is under the label of well-being but it is very, very similar to and indeed I think might be synonymous with population health.

When you are sitting in your office and you look at the red dots around Newfoundland and Labrador, which are the bad areas, do you think of any particular strategy to get those red dots turned to yellow? The minister responded well to that question, but obviously, this is a work in progress. Everything is not solved yet. You are really far along in health promotion, disease prevention and community services. So do you ever target these areas of lesser well-being?

**Ms. Swanson:** When the Provincial Wellness Plan was conceived, I said it was based on a strategic health plan. As part of the consultation process for that strategic health plan, we did profiles using the Community Accounts. We organized them by all the determinants of health. When we went out to the health regions, those profiles framed the discussions. We used them to identify the priorities that should be moved forward. We used them well then.

Our government philosophy is that we want to ensure that all of the regions of the province have access to the service or program. In the first year of the Wellness Grants Program, the community arm where you get out and invite new proposals, we analyzed where the grants, the funding had gone and noticed that there were some gap areas. It came as no surprise that the gap areas were not as evolved in terms of community organizations. They are the red dot areas that have higher needs.

What we did last year was take some funding to those particular communities to find out from them, to really work with them, to say we want to have a community grant or a couple of community grants here, these regional wellness grants, so what are your issues? In some cases, those issues were not our priorities, but we funded them anyway.

**The Chair:** There are obviously tremendous disparities in community organizations too, from somewhat well oiled community councils to smaller communities with very little in

La dernière recommandation, c'est de continuer à soutenir les coalitions régionales pour le mieux-être, qui sont si essentielles.

**Le président :** Merci beaucoup. C'est très intéressant, et je vous félicite pour vos progrès.

Dans votre exposé, vous n'avez pas mentionné l'utilisation de l'information qui figure dans les comptes communautaires. Dans notre rapport, nous tenterons de traiter des disparités en matière de santé au Canada, ces enclaves où l'état de santé est très mauvais. On peut certainement trouver des indicateurs dans les comptes communautaires, car, même si on parle de « bien-être » dans le cadre de ce système, c'est très semblable à la notion de santé de la population; à mon avis, c'est un synonyme.

Lorsque vous réfléchissez dans votre bureau et que vous regardez les points rouges sur la carte de Terre-Neuve-et-Labrador, qui désignent les zones problématiques, pensez-vous à une stratégie particulière pour que ces points rouges passent au jaune? Le ministre a bien répondu à cette question, mais, évidemment, c'est un travail en cours. Tout n'est pas encore résolu. Vous avez fait beaucoup de progrès en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services communautaires. Vous arrive-t-il de cibler ces zones où le taux de bien-être est inférieur?

**Mme Swanson :** Lorsqu'on a conçu le plan provincial de mieux-être, j'ai mentionné qu'il avait été fondé sur un plan stratégique en matière de santé. Dans le cadre du processus de consultation pour ce plan stratégique, nous avons établi les profils à partir des comptes communautaires. Nous les avons organisés en fonction de tous les déterminants de la santé. Lorsque nous nous sommes rendus dans les régions sanitaires, ces profils encadraient les discussions. Nous les avons utilisés pour déterminer quelles priorités devraient être mises de l'avant. Nous les avons bien utilisés.

La philosophie de notre gouvernement est que nous voulons nous assurer que toutes les régions de la province ont accès au service ou au programme. Durant la première année du programme provincial de subventions pour le mieux-être, le volet communautaire au cours duquel on allait sur le terrain et on sollicitait de nouvelles propositions, nous avons analysé où la répartition des subventions et du financement, et nous avons remarqué qu'il existait certains écarts d'une région à l'autre. Nous n'avons pas été étonnés de constater que les régions qui touchaient moins d'argent étaient moins évoluées sur le plan de l'organisation communautaire. Ce sont les points rouges, les régions où les besoins sont plus marqués.

L'année dernière, nous nous sommes rendus dans ces collectivités pour apprendre d'elles, pour vraiment travailler avec elles et les aider à obtenir une subvention communautaire ou plusieurs subventions communautaires — les subventions pour le mieux-être —, et nous leur avons demandé quels étaient les problèmes là-bas. Dans certains cas, ces problèmes ne figuraient pas parmi nos priorités, mais nous les avons financés quand même.

**Le président :** Il existe de toute évidence d'énormes disparités entre les organismes communautaires aussi, entre les conseils communautaires plutôt performants et les collectivités plus



the way of organization and resources. Is there any instrument available to help the communities that are not well organized? Is there any organization to help them organize? I do want to say I think the communities that organize themselves do better than having a bureaucrat organize them. The principle to allow human initiative is a good one. However, when they need help is there anything in place to help them out.

**Ms. Swanson:** The resources that were provided through the regional health authorities were really for that, so the positions were varied. In some communities, they might need a health promotion consultant in another a community a capacity consultant. The consultants were sent to do exactly that, to say look, we know that this community certainly has troubles, has issues. We do not have a close enough connect with them. They are a community that we would like to see our programming reflected in more, and so we have worked with them, either in terms of trying to get a wellness grant there or just in terms of capacity building.

One example was with the Boys and Girls Clubs that exist in many rural areas. These clubs vary in their capacity to be able to move forward. We brought together five or six of them to have them talk about the kinds of programming they were doing in terms of our priorities and healthy eating, physical activity and so on. They were involved in those kinds of programs. We had our provincial resource people, a couple of our consultants, plus the regional people and it really made a huge difference for them. The fall out of that is that they are connecting with each other as well. They were funded last year with some of the grant funding, so what we are hoping is that we will now be able to have those go provincially because they do exist in a variety of communities around the province.

We are mindful of what you said, and so we have tried to put some of that catalyst there, some of that resource and some of the leadership to say, look, you know there is the need and let us try to make something happen.

[Translation]

**Senator Pépin:** You stated that the same topics are dealt with at partners' meetings every two months. Is there a group dealing with the aging of the population and if so, what is the process?

[English]

**Ms. Swanson:** There is a division of aging in the provincial government and they are our partners when we deal with issues concerning aging. We were very aware of the fact when we awarded those wellness grants that we needed to ensure that they reflect all ages of the population. Quite a number of grants went

modestes qui ont très peu d'organismes et de ressources. Existe-t-il des instruments pour aider les collectivités qui ne sont pas bien organisées? Existe-t-il des organisations pour les aider à s'organiser? Je dois dire que, à mon avis, les collectivités qui s'organisent elles-mêmes s'en tirent mieux que si cette tâche est assurée par un bureaucrate. Le principe visant à autoriser l'initiative humaine est judicieux. Toutefois, lorsqu'elles ont besoin d'aide, existe-t-il des mesures pour les aider?

**Mme Swanson :** Les ressources consenties par l'entremise des régies régionales de la santé l'ont été, en réalité, à cette fin, donc les démarches étaient variées. Certaines collectivités peuvent avoir besoin d'un expert-conseil en promotion de la santé, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'un expert-conseil en matière de capacités. Les experts-conseils étaient envoyés précisément pour accomplir cette tâche et dire : « Écoutez, nous savons que votre collectivité est aux prises avec des difficultés, des problèmes. » Nous n'entretenons pas de liens assez étroits avec cette collectivité. Nous voulons voir notre programmation refléter davantage dans cette collectivité, c'est pourquoi nous avons travaillé avec elle, soit pour tenter d'y verser une subvention pour le mieux-être, soit pour travailler au renforcement des capacités.

Prenons par exemple les Clubs Garçons et Filles qui existent dans de nombreuses régions rurales. Ces clubs varient quant à leur capacité d'aller de l'avant. Nous en avons invité cinq ou six pour qu'ils nous parlent des types de programmes qu'ils offrent, en fonction de nos priorités et de la saine alimentation et de l'activité physique, entre autres. Ils participaient à ce genre de programme. Nous avons mis à leur disposition les personnes-ressources provinciales, quelques-uns de nos experts-conseils ainsi que du personnel régional, et on les a énormément aidés. Cette activité a eu pour conséquence de permettre la création de liens entre ces organismes. Ils ont profité l'année dernière d'une part du financement sous forme de subventions, et maintenant, ce que nous espérons, c'est qu'ils soient en mesure de prendre une envergure provinciale, car ils existent dans de nombreuses collectivités partout dans la province.

Nous tenons compte des aspects que vous avez soulevés, c'est pourquoi nous tentons d'avoir un effet catalyseur, de fournir un peu de ressources et un peu de leadership pour dire : « Écoutez, vous savez que le besoin existe, alors laissez-nous tenter de faire bouger les choses. »

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Vous avez dit qu'une réunion des partenaires s'occupe de ces mêmes sujets aux deux mois. Avez-vous un groupe qui s'occupe de travailler sur le dossier du vieillissement de la population et comment le processus se fait-il?

[Traduction]

**Mme Swanson :** Une division du gouvernement provincial s'occupe du vieillissement de la population, et elle est notre partenaire lorsque nous traitons de questions concernant le vieillissement de la population. Lorsque nous avons octroyé les subventions pour le mieux-être, nous savions très bien qu'il fallait



to senior groups. Many of them dealt with the prevention of falls and injuries, although some dealt with physical activity and healthy eating.

One program started by a group of seniors is called Moving for Health. The program originated in one small area but we took their good idea and now it is a province-wide program. The program began during our Heart Health Program and the regional wellness coalitions helped in the original program. It was very popular. We ensured that those program resources were made available throughout the province, so it became a provincial program.

Yes, there is a division at the provincial level for aging and seniors, and we ensure that it is reflected in the programming we do.

[Translation]

**Senator Pèpin:** Is this program as successful as the others? Does this group present specific problems that differ from those of other groups?

[English]

**Ms. Swanson:** It is not a question that I have looked at, so I do not have the answer. Sorry.

[Translation]

**Senator Pèpin:** You stated that the information is circulated over the Internet. However, families and children living in poverty certainly do not have access to the Internet. So how do they get the information? You stated that the information is circulated by Internet. Then how do young people, poor or not, gain access to this information?

[English]

**Ms. Swanson:** I agree with you completely. The Internet is really used at a much higher level. The programming happens at the community level. For instance, I think that the people involved in the Poverty Reduction Strategy may have mentioned the family resource centres and the healthy baby clubs. A number of our programs are there because they are already identified as the area of the province in greatest need. In fact, they have developed the programming themselves and we have been able to then work with them to help refine them in some cases and expand them. It happens at the community level, yes, not on the Internet.

**Senator Cochrane:** Ms. Swanson, I want to know to what extent you are aware that this Community Accounts strategy is being used at the community level when you are talking about this wellness concept. I ask because the Community Accounts strategy

veiller à ce qu'elles tiennent compte de tous les groupes d'âge de la population. Bien des subventions étaient dirigées vers des groupes d'ainés. Beaucoup étaient destinés à la prévention des chutes et des blessures, et certaines subventions visaient la promotion de l'activité physique et de la saine alimentation.

Un programme qui s'appelle Moving for Health a été lancé par un groupe d'ainés. Le programme a vu le jour dans une petite région, mais nous avons pris leur bonne idée et c'est maintenant un programme d'envergure provinciale. Le programme a été lancé dans le cadre de notre programme relatif à la santé cardiovasculaire, et les coalitions régionales pour le mieux-être ont contribué à la conception du programme initial. Il a été très bien accueilli. Nous nous sommes assurés que les ressources du programme étaient disponibles partout dans la province afin qu'il prenne une envergure provinciale.

Oui, il existe une division du gouvernement provincial consacrée au vieillissement et aux aînés, et nous veillons à ce que ces aspects soient reflétés dans les programmes que nous créons.

[Français]

**Le sénateur Pèpin :** Ce programme fonctionne-t-il aussi bien que les autres? Existe-t-il des problèmes spécifiques à ce groupe plutôt qu'à un autre?

[Traduction]

**Mme Swanson :** Je ne me suis pas penchée sur cette question, je n'ai donc pas la réponse. Je suis désolée.

[Français]

**Le sénateur Pèpin :** Vous avez dit que l'information était distribuée par Internet. Mais les familles et les enfants qui vivent dans la pauvreté n'ont sûrement pas accès à l'information sur Internet. Comment l'information se rend-elle alors? Vous avez dit que « l'information est distribuée par Internet ». Alors, comment tous les jeunes, pauvres ou pas, ont-ils accès à cette information?

[Traduction]

**Mme Swanson :** Je suis entièrement d'accord avec vous. Internet est utilisé à un niveau beaucoup plus élevé. Les programmes sont créés à l'échelon communautaire. Par exemple, je crois que les gens qui participent à la Stratégie de réduction de la pauvreté ont peut-être mentionné le centre de ressources familiales et les Clubs bébé en santé. Un certain nombre de nos programmes sont établis à des endroits donnés, parce qu'on a déjà déterminé que ce sont les secteurs de la province qui en ont le plus besoin. En fait, les collectivités ont-elles mêmes mis le programme au point, puis nous avons pu collaborer avec elles pour le perfectionner et l'élargir dans certains cas. Tout cela naît dans la collectivité, en effet, pas sur Internet.

**Le sénateur Cochrane :** Madame Swanson, j'aimerais vous demander dans quelle mesure vous savez que l'on utilise la stratégie des comptes communautaires dans la collectivité lorsque vous parlez de ce concept de mieux-être. Je vous le demande parce

would define where the problems are and in which particular area, so that you do not have to duplicate programs in areas where they are not needed.

**Ms. Swanson :** Yes, it actually happens through the regional health authorities because they know their communities the best. The regional health authorities use the Community Accounts for that purpose, so then we will compliment that with the programming. The first year that we did the Provincial Wellness Grants Program, we did not engage the regional health authorities in the decisions around the selection of the projects and that was a mistake, a big mistake. They were informed laterally and agreed with them. In the next go round, we had all of the proposals for a particular health authority go to them. We met with a group at the regional level, not just regional health authority staff but some of those regional wellness coalition organizations were involved as well. They know their communities because they look at the Community Accounts and the information and they know the communities that need resources. So, they would be the very ones that would have helped us when we identified that there were certain rural secretariat areas where we had not one single wellness grant, so we did not have any activity happening there. We worked with the regional health authority to say, okay, who are the key people; we go with them to the community and have them participate. In many respects, they certainly at least co-lead the discussion that we would have around how do you want to address these issues around the wellness plan.

**Senator Cochrane :** Tell me about your evaluation. Do you have any positive stories to tell us?

**Ms. Swanson :** Yes, senator I do. The one that is certainly highlighted here in this evaluation is the Healthy Students, Healthy Schools because it has just worked so well. Across Canada, there is a Joint Consortium for School Health to look at this very issue around health in schools, and this has given us an example of how we have actually organized it and funded the particular initiative for this province.

As far as an example and it is not reflected as a specific example in the evaluation, but I mentioned the provincial Wellness Grants Program going out to provide seed funding for new and innovative ideas for how we could address the issues around the priorities. We funded the family resource centres and one of them partnered with an urban centre here in St. John's and one with a rural centre on the Burin Peninsula. There are five components to this program. The next year, they outlined it as a phase one, phase two. In the first phase, they designed the program and identified the resource materials that they needed; they did a magnificent job on it. The documentation they sent us was fabulous. The next year we funded them and they offered the program. They received enough funding to do it in five more of the family resource centre sites. They did the training. They

que la stratégie des comptes communautaires permettrait de déterminer où se trouvent les problèmes, et dans quel secteur particulier, pour éviter de faire double-emploi avec des programmes dans des secteurs où ils ne sont pas nécessaires.

**Mme Swanson :** Oui, le processus passe en fait par les régies régionales de la santé, car ce sont elles qui connaissent le mieux leur collectivité. Les régies régionales de la santé se servent des comptes communautaires à cette fin et nous utilisons alors ces renseignements pour compléter la programmation. La première année du programme provincial de subventions pour le mieux-être, nous n'avions pas invité les régies régionales de la santé à participer à la prise de décisions relative à la sélection des projets, et c'était une erreur, une grave erreur. Elles ont été informées par ricochet, et elles étaient d'accord avec nos choix. Dans le cadre de la deuxième vague de propositions, nous avons fait en sorte que toutes les propositions touchant une régie de la santé particulière leur soient transmises. Nous avons rencontré un groupe régional, pas seulement du personnel de la régie régionale de la santé, mais aussi des organismes régionaux membres de la coalition pour le mieux-être. Ils connaissent leur collectivité, parce qu'ils consultent les comptes communautaires et les données qu'ils renferment, et ils savent quelles collectivités ont besoin de ressources. Ainsi, ils auraient pu nous aider lorsque nous avons déterminé que certaines régions relevant du secrétariat rural n'avaient pas touché une seule subvention pour le mieux-être, et qu'il n'y avait donc aucune activité dans ces régions. Nous avons travaillé avec les régies régionales de la santé pour déterminer qui sont les personnes clés; nous allons avec ces personnes dans les collectivités, et nous les invitons à participer. Dans bien des cas, à tout le moins, ils collaborent à la direction des discussions que nous tenons au sujet de la manière de s'attaquer aux problèmes liés au plan de mieux-être.

**Le sénateur Cochrane :** Parlez-moi de votre évaluation. Avez-vous des histoires positives à nous raconter?

**Mme Swanson :** Oui, sénateur, j'en ai. L'exemple qui ressort certainement de cette évaluation est l'initiative Healthy Students, Healthy Schools, parce que le programme a si bien fonctionné. À l'échelle du Canada, il y a un Consortium conjoint pour les écoles en santé ayant justement pour mandat d'examiner cette question de la santé dans les écoles, et nous avons pu nous inspirer de ce modèle lorsqu'est venu le temps de nous organiser et de financer une telle initiative pour notre province.

À titre d'exemple — et cela ne figure pas parmi les exemples soulevés dans l'évaluation —, j'ai mentionné que le programme de subventions pour le mieux-être avait fait une mise de fonds initiale pour examiner de nouvelles idées novatrices permettant de s'attaquer aux problèmes qui reflètent les priorités. Nous avons financé les centres de ressources familiales, et l'un d'eux a établi un partenariat avec un centre urbain, ici à St. John's, et un autre, avec un centre rural dans la péninsule Burin. Le programme comporte cinq volets. L'année suivante, ils ont séparé le programme en deux : la phase un et la phase deux. Pendant la première phase, ils ont conçu le programme et ils ont déterminé quelle documentation était nécessaire; ils ont accompli un travail merveilleux. Les documents qu'ils ont envoyés étaient sensationnels. L'année suivante, nous les avons financés, et ils



contracted out to the food security network to do the piece around gardening. They have a Level Best Club where a family puts in \$15.00 a month and they match it. This helps the family to buy food in bulk and save money and eat more healthy food. They have community kitchens where they can learn to cook. It is the most fundamental way to give people the skills. These skills cannot be learned on the Internet. They learn shopping skills and food preparation skills and with these skills, they have some resources to be able to do the cooking and learn how to provide healthy meals and healthy food for their families.

This year we are planning to have them continue to provide the leadership for it to expand further and then ultimately it will be, and it is becoming, at health regions part of what is ongoing programming for the regional health authority. Does that give you kind of an example? There are many examples like that one, both at smaller and larger levels for sure.

**Senator Cochrane:** Are these types of programs being implemented? Does the strategy indicate that the program should be implemented?

**Ms. Swanson:** It is, yes, and certainly the family resource centres are one and as I said, the Boys and Girls Clubs, they are very grass-roots community organizations and very strategic.

**The Chair:** Thank you very much, Eleanor, for giving us your time, knowledge and your impressive presentation.

**Darlene Scott, Senior Program Associate, Community Services Council Newfoundland and Labrador:** Thank you very much for inviting the Community Services Council Newfoundland and Labrador to address the subject on population health. I am a senior program associate with the Community Services Council. With me is Peggy Matchim, who co-ordinates the Vibrant Communities St. John's initiative, which is exciting and I think an example that we would like to lay out before you and we would like to extol its virtues.

Before we do that, I want to talk a little bit about several things — first, the Community Services Council — and then I want to address some issues about the voluntary sector generally. I could get a little bit more specific if you have questions, because I understand that you do have some questions. Please accept that I am not a statistician, so I might not be able to get every figure right off the top of my head.

The Community Services Council of Newfoundland and Labrador, in case you do not know about us, has been around for more than 30 years. We are a non-profit organization which means, of course, that we are run by a board of directors, but we

ont offert le programme. Le financement qu'ils ont reçu suffisait à mettre le programme en œuvre dans cinq autres centres de ressources familiales. Ils ont assuré la formation. Ils ont confié en sous-traitance — au Réseau pour la sécurité alimentaire — le projet lié au jardinage. Ils ont mis sur pied un mécanisme axé sur le financement de contrepartie, le Level Best Club, qui permet de doubler la somme de 15 \$ qu'investit une famille chaque mois. Cette mesure aide la famille à acheter des aliments en vrac, à économiser de l'argent et à manger plus d'aliments sains. Ils tiennent des cuisines communautaires où l'on peut apprendre à cuisiner. C'est la manière fondamentale de permettre aux gens d'acquérir les compétences. Ces compétences ne peuvent être acquises sur Internet. Les participants apprennent à faire des achats judicieux et à préparer des aliments et, fort de ces compétences, ils possèdent les ressources dont ils ont besoin pour faire la cuisine et apprendre à offrir des repas sains et des aliments sains à leur famille.

Cette année, nous prévoyons faire en sorte qu'ils continuent à assurer la direction du programme pour qu'il prenne de l'expansion. Au bout du compte, il deviendra — et le processus est en marche dans certaines régions sanitaires — partie intégrante de la programmation continue de la régie régionale de la santé. Est-ce que cela vous donne une idée? Il existe beaucoup d'exemples semblables, à plus petite et à plus grande échelle, sans aucun doute.

**Le sénateur Cochrane :** Ce genre de programme est-il mis en œuvre? La stratégie prévoit-elle que le programme devrait être mis en œuvre?

**Mme Swanson :** Oui, et, assurément, les centres de ressources familiales en sont un, et comme je l'ai dit, il y a les Clubs Garçons et Filles, organismes communautaires qui jouent un rôle très stratégique.

**Le président :** Merci beaucoup, Eleanor, pour votre temps, vos connaissances et votre excellent exposé.

**Darlene Scott, adjointe de programme principale, Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :** Merci beaucoup d'avoir invité le Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador à venir parler de la santé de la population. Je suis chargée de programme principale au Conseil des services communautaires. Peggy Matchim m'accompagne. Elle coordonne l'initiative Collectivités dynamiques à St. John's, projet des plus intéressants que nous voulons citer en exemple pour les bienfaits qu'il offre.

Avant que nous fassions cela, j'aimerais parler un peu de plusieurs choses — tout d'abord, le Conseil des services communautaires — et ensuite, j'aimerais aborder certaines questions liées au secteur bénévole en général. Je peux entrer dans les détails si vous avez des questions, car je crois savoir que vous avez effectivement des questions à poser. Veuillez garder à l'esprit que je ne suis pas statisticienne et que je ne serai peut-être pas en mesure de me souvenir de chaque chiffre.

Le Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, si vous n'avez jamais entendu parler de nous, existe depuis plus de 30 ans. Nous sommes un organisme sans but lucratif, ce qui signifie, bien sûr, que nous sommes dirigés par un



do have staff. We have anywhere at times from 10 to 25 staff, depending on how many project areas we are involved in. The kind of areas that we concentrate on and this has been the case for the 30-plus years of our existence, would include things like promoting the contribution off the non-profit voluntary community based sector in our society. We promote volunteerism and in fact, we have about 180 volunteer centres. Certainly, we were the only volunteer centre in Newfoundland and Labrador until others followed our lead, for example at the university. We conduct research in the non-profit sector. We advocate on public policy issues from time to time. We are very involved and very committed to building bridges in terms of cultivating collaboration from the community up and across and intersectoral ways.

Our key areas of interest in relation to your paper include strengthening intersectoral action, if we look at population health; mobilizing and engaging the non-health sectors in the work of the population health; implementing a federal population health strategy; and the FPT health policy framework because that is exactly what we like to talk about all the time.

A little bit about the volunteering non-profit sector in Newfoundland and Labrador and I hope you have had a chance to see some of our research. It is all online at [csc.nf.net](http://csc.nf.net). It is easy to find. We have done research; we have carried out capacity building and networking within the sector for the 30 years of our existence and what we bring to the table, if you invite us, is the results of surveys, focus groups, round-table discussions and as many networking and collaborative efforts as we can promote. In the more recent years, it has included measuring the size and the worth of the voluntary community-based sector. In Atlantic Canada, we know that there are 13,000 incorporated organizations. We believe that this creates a powerful, social and economic force, not just in Atlantic Canada, but this is well documented across the country. Most of the people in our sector are working at a neighbourhood or a community level and often work within a particular region of a province or a region as a whole, which is true of Atlantic Canada.

In Newfoundland and Labrador, there are probably more than 5,000 community groups. Probably close to a thousand of those or a little over a thousand actually would be registered charitable organizations and of those, approximately half are religious organizations. So we try to track this, we try to do a directory of community services, so that we know who is active in the voluntary community based sector and how many people it actually brings to the tables. Obviously, the voluntary non-profit sector struggles with common challenges and it is only in recent years that this research has been done and people understand about those commonalities. The sorts of issues that rise to the surface when we do our research are reduction in government

conseil d'administration, mais nous avons aussi du personnel. À tout moment, nous pouvons disposer de 10 à 25 employés, selon le nombre de projets auxquels nous participons. Les genres de secteurs sur lesquels nous axons nos activités — et c'est le cas depuis plus de 30 ans —, incluent des choses comme la promotion des contributions du secteur communautaire bénévole sans but lucratif dans notre société. Nous faisons la promotion du bénévolat et, en fait, nous comptons environ 180 centres de bénévolat. Évidemment, nous étions le seul centre de bénévolat à Terre-Neuve-et-Labrador avant que d'autres organismes nous emboîtent le pas, à l'université, par exemple. Nous menons des recherches dans le secteur des organismes sans but lucratif. Nous militons à l'égard de questions liées à la politique publique, de temps à autre. Nous sommes très actifs et très engagés dans la création de liens visant à promouvoir la collaboration à tous les échelons et entre les secteurs.

En ce qui concerne votre rapport, nous nous intéressons principalement au renforcement des mesures intersectorielles, du point de vue de la santé de la population; à la mobilisation et à l'engagement, dans le cadre du travail sur la santé de la population, des secteurs autres que celui de la santé; à la mise en œuvre d'une stratégie fédérale sur la santé de la population; et au cadre stratégique FPT en matière de santé, car c'est exactement de ce sujet que nous aimons parler constamment.

Tout d'abord, quelques mots sur le secteur bénévole sans but lucratif à Terre-Neuve-et-Labrador et j'espère que vous avez eu l'occasion de regarder certaines de nos recherches. Elles sont accessibles en ligne, au [csc.nf.net](http://csc.nf.net). C'est facile à trouver. Nous avons fait des recherches; nous effectuons du renforcement des capacités et du réseautage dans le secteur depuis nos débuts, il y a 30 ans, et, si vous nous invitez, nous pouvons mettre à contribution les résultats de sondages, de groupes de discussion et de tables rondes et promouvoir le plus grand nombre possible d'efforts de réseautage et de collaboration. Au cours des dernières années, ces activités ont supposé de mesurer la taille et la valeur du secteur bénévole communautaire. Dans le Canada atlantique, nous savons qu'il existe 13 000 organismes constitués en personne morale. Nous croyons que cela ouvre la voie à une puissante force sociale et économique, et pas juste dans le Canada atlantique, car ce phénomène est bien documenté partout au pays. La plupart des gens de notre secteur travaillent à l'échelle d'un quartier ou d'une collectivité, et leur travail se limite souvent à une région particulière d'une province, ou dans une région plus étendue, comme le Canada atlantique.

À Terre-Neuve-et-Labrador, il y a probablement plus de 5 000 groupes communautaires. Il est probable que près d'un millier de ceux-ci, ou peut-être un peu plus, sont effectivement enregistrés à titre d'organismes de bienfaisance et, de ce nombre, environ la moitié sont des organismes confessionnels. Nous tentons donc de suivre la situation, nous tentons d'établir un registre des services communautaires afin que nous sachions qui est actif dans le secteur bénévole communautaire et combien de personnes se consacrent à ces activités. Évidemment, le secteur bénévole sans but lucratif est aux prises avec des difficultés semblables, et c'est seulement dans les dernières années que la recherche a été effectuée et que les gens ont pris connaissance de

funding and the inability to secure core funds. I am sure you have heard repeatedly about the over-reliance on project funds; remember I said we are kind of like an accordion, we could have 10 employees now and in six months from now, we could have 25 employees. That has to do with the nature of our funding and it is all based on projects. We think of that as over-reliance. However, it is a strength too because of the resilience that the ability to be flexible comes from in the voluntary sector.

We think that our position really is that there is a huge opportunity and potential to maximize the role of the voluntary sector on the foundation for population health. Voluntary non-profit groups have indicated that in order to continue their work and maximize their resources they require purposeful investments and support in the sector. I know I said we are flexible, but sometimes that can mean that you are sometimes unstable too, so some purposeful investment.

The groups have indicated the need for stable funding structures to lower reliance on project funds. We want to lower our reliance on project funds. We have the need for training and professional development in our sector, just as there is in any other sector. If you work for the government, you want access to professional training and development; if you work in business, you do as well. Certainly, in our sector, it is an abiding issue and concern that you are so busy sometimes delivering a service or getting to a meeting that the training and the skills development is not necessarily there. We believe where better to build that capacity than in the sector?

I am going to turn you over to Peggy Matchim who is going to give you an overview of just one example of how the community based sector can harness skills and abilities of so many people, often at extremely low cost. We like to talk in our sector about the "leveraging" that we bring in terms of a little bit of money goes a long way. In the voluntary sector, if you give someone a bit of money for a project, the next thing you know, that person has a hundred or a hundred and twenty volunteers working on meeting the goals and objectives of the project.

Just before we actually move on, I just wanted to kind of ground us a little bit in an earlier document on population health, just to let you know how strongly we feel that we are on the right track. This is from the National Forum on Health and entitled *Canada Health Action: Building on the Legacy*. It was published in 1997.

ces points communs. Les genres de questions qui ressortent de nos recherches touchent la réduction du financement gouvernemental et l'incapacité d'obtenir le financement de base. Je suis certaine qu'on vous a parlé abondamment du recours excessif au financement de projet; souvenez-vous bien que j'ai dit que nous ressemblons un peu à un accordéon, nous pouvons avoir dix employés un jour et, dans six mois, nous pouvons en avoir 25. Cela dépend de la nature de notre financement, et il est toujours établi en fonction des projets. Nous percevons cela comme un recours excessif. Toutefois, c'est aussi une force; grâce à la résilience qui provient de la capacité du secteur bénévole à être souple.

À notre avis, nous avons l'occasion en or de maximiser le rôle du secteur bénévole, qui présente le potentiel nécessaire, à l'égard des fondements de la santé de la population. Les groupes bénévoles sans but lucratif ont signalé que, pour continuer leur travail et optimiser leurs ressources, ils ont besoin d'investissements ciblés et d'un soutien au du secteur. Je sais que j'ai dit que nous étions souples, mais parfois, cela veut dire que l'on peut manquer de stabilité, et c'est là tout l'intérêt d'un investissement ciblé.

Les groupes ont signalé le besoin de structures de financement stables pour diminuer le recours au financement de projet. Nous voulons diminuer notre dépendance au financement de projet. Il y a un besoin de formation et de perfectionnement professionnel dans notre secteur, tout comme dans n'importe quel autre secteur. Si vous travaillez dans la fonction publique, vous voulez avoir accès à la formation et au perfectionnement professionnel; si vous travaillez dans le milieu des affaires, il en va de même. Assurément, dans notre secteur, c'est un problème récurrent, et la crainte persiste : parfois, vous êtes si occupé à dispenser un service ou à vous rendre à une réunion que la formation et le perfectionnement des compétences ne sont pas nécessairement accessibles. Selon nous, ce secteur profiterait particulièrement du renforcement des capacités.

Je vais laisser la parole à Peggy Matchim, qui présentera brièvement un exemple illustrant comment le secteur communautaire peut mettre à contribution les aptitudes et les compétences de tant de personnes, bien souvent à très peu de coûts. Nous aimons parler, dans notre secteur, de l'optimisation des ressources, c'est-à-dire de veiller à ce qu'un peu d'argent aille loin. Dans le secteur bénévole, si vous octroyez une petite somme pour un projet, vous vous apercevez rapidement que la personne a recruté 100 ou 120 bénévoles pour travailler à atteindre les buts et les objectifs du projet.

Avant que nous passions à autre chose, je voudrais seulement inscrire ce que nous faisons dans le contexte d'un document antérieur concernant la santé de la population, juste pour que vous sachiez à quel point nous sommes certains d'être sur la bonne voie. C'est un extrait du rapport du Forum national sur la santé intitulé *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Le texte a été publié en 1997.



Strong and vibrant communities are characterized by the presence of dynamic local leadership and rely heavily on well-developed networks of friends, relatives, neighbours and other associations.

That is the tenor of the little discussion that we would like to have with you today. Leadership is there, it is almost waiting to be used purposely in the volunteer sector, but we do need some things to fall into place and we are hoping that the example that we give in Vibrant Communities will strengthen that belief.

**Peggy Matchim, Vibrant Communities Coordinator, Community Services Council Newfoundland and Labrador:** Thanks again to everyone for having us today. It is wonderful to participate in this discussion. I understand you have heard a little bit about Vibrant Communities, so I think I do not need to go over the nuts and bolts about the National Vibrant Communities Initiative and what it is all about.

When we first encountered this thing called Vibrant Communities, many of us had been working in community development and poverty reduction here for several years and I think our first question was do we want to engage in another thing. Is this going to be another level and is it going to be more than people can contribute? We had many discussions about what would be the added value. I think that many of us saw a really high level of added value and particularly because Vibrant Communities is about engaging the private sector as partners in our work, and engaging people themselves who live with low income and poverty, however they define that, as well as community and government. I think we were very familiar with working together, community and government, but not so much with those other two entities at the table all the time. That was very different and has led to some very different kinds of discussion and work. We have a completely new dynamic through this intersectoral approach.

The other thing that is interesting about Vibrant Communities is that we had the Strategic Social Plan in this province, which some of you may be familiar with. It was a government led initiative that was about changing the way government does business. There was a lot in the Strategic Social Plan about government collaborating with community and with other partners. That plan went on for about five years or so and then some changes were made. Because we had that experience, I think, in terms of working collaboratively the Vibrant Communities concept was not totally new to us. We had participated with people sitting around the table from community-based groups and various government departments actually talking big picture about what we can all do to improve our region. The Vibrant Communities concept was not new here and people have wholeheartedly embraced it, especially some of the partners who had really bought into the Strategic Social Plan idea. They were delighted with this concept and even more excited because it is bringing in private sector and people who can speak to living in poverty.

Les communautés fortes et dynamiques se caractérisent par un leadership manifeste et se font tributaires des réseaux bien établis d'amis, de parents, de voisins et d'associations.

C'est là l'essence de la petite discussion que nous voulons avoir avec vous aujourd'hui. Le leadership est là et attend juste qu'on l'utilise de façon ciblée dans le secteur bénévole, mais certains éléments doivent être en place, et nous espérons que l'exemple des Collectivités dynamiques renforcera cette croyance.

**Peggy Matchim, coordinatrice, Vibrant Communities, Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :** Merci encore à tous de nous avoir invités aujourd'hui. C'est merveilleux de participer à cette discussion. Je crois savoir que vous avez entendu parler un peu des Collectivités dynamiques, alors je ne pense pas devoir vous exposer les rouages de l'initiative nationale des Collectivités dynamiques et tout ce qu'elle suppose.

La première fois que nous avons abordé cette chose qu'on appelle les Collectivités dynamiques, bon nombre d'entre nous travaillaient déjà au développement communautaire et à la réduction de la pauvreté depuis plusieurs années, et je crois que notre première question était de savoir si nous avions intérêt à nous lancer dans un autre projet. Cette initiative va-t-elle nous élever à un autre niveau, et nécessitera-t-elle une contribution supérieure à ce que les gens peuvent donner? Nous avons eu de nombreuses discussions sur la valeur ajoutée. Je crois que beaucoup d'entre nous y voyions une importante valeur ajoutée, surtout parce que les Collectivités dynamiques visent à favoriser la participation du secteur privé à titre de partenaire et à mobiliser les gens eux-mêmes qui vivent avec un faible revenu et dans la pauvreté, peu importe la définition, en plus de la collectivité et du gouvernement. Je crois que nous avions l'habitude de collaborer avec la collectivité et le gouvernement, mais pas tant dans un cadre où ces autres intervenants sont toujours là. Cette structure était très différente et a ouvert la voie à de nouveaux types de discussions et de travaux. Cette démarche intersectorielle entraîne une toute nouvelle dynamique.

L'autre chose qui est intéressante au sujet des Collectivités dynamiques, c'est que nous avons mis en œuvre le plan social stratégique dans la province, que certains d'entre vous connaissent peut-être. C'était une initiative gouvernementale qui visait à changer la façon dont le gouvernement fait les choses. Beaucoup des mesures du plan social stratégique étaient axées sur la collaboration du gouvernement avec la collectivité et d'autres partenaires. Ce plan a été en vigueur pendant environ cinq ans, puis on y a apporté des changements. Grâce à cette expérience de collaboration, à mon avis, le concept des Collectivités dynamiques ne nous était pas complètement nouveau. Nous avons travaillé avec des groupes communautaires et différents ministères, nous avons jeté un regard d'ensemble sur la situation et sur ce que nous pouvions faire pour améliorer notre région. Le concept des Collectivités dynamiques n'était pas nouveau ici, et les gens l'ont adopté sans réserve, surtout certains des partenaires qui étaient vraiment enthousiasmés par l'idée du plan social stratégique. Ils étaient ravis de ce concept, et leur enthousiasme était d'autant plus fort que le projet mobilisait le secteur privé et les gens qui peuvent parler de la réalité de la pauvreté.



In terms of poverty and poverty reduction, and as community development people working in this city, we knew there was a significant amount of poverty in St. John's, but there was a provincial perception that this was the area of prosperity. "Do not be talking about St. John's and poverty when we have so many issues to deal with as a province with so many rural and remote communities." One of the first things we did and this was actually in the time leading up to Vibrant Communities, was to work closely with our Community Accounts. Over a few years, we were able to expand on the Community Accounts so that we now have neighbourhoodaccounts.ca. Where we used to have one statistic for St. John's, as a community, say medium family income, \$33,000, now within St. John's we have 98 neighbourhoods that we can see on the Community Accounts under the neighbourhood level data. That information paints an extremely different picture of our city and you can see shocking disparities where you have medium-family incomes in one neighbourhood of \$98,000 and in another neighbourhood of \$24,000 annual income for a family.

Having this data and this evidence has really changed what we have been able to do and has mobilized people in a way that we never expected. One of the things we wanted to do was share this information with people who live in these neighbourhoods that we identify as really struggling. We were afraid that this information would be stigmatizing for people and were cautious about how we presented this data on the neighbourhoods. It was amazing that people were incredibly empowered by that data and said, see, it is there, it is in numbers, and it is on that government website.

We have to use income as a measure, of course when we are talking about poverty and poverty reduction, but we know that poverty is about much more than income. It really is just one measure. At Vibrant Community St. John's we have been looking at a few different indicators in terms of identifying which neighbourhoods in our city really need a focus. We look at family income and employment levels and in some of the neighbourhoods, they range between 40 per cent and 65 per cent of people unemployed.

With employment defined as at least one week of work in a year, we know that in these neighbourhoods we are really looking at some hot spots in terms of where we need to focus our energy. Significant incidents of people rely on income support, as high as 51 per cent, 55 per cent in some of these neighbourhoods. In some of these neighbourhoods, there are many adults without high school education. The percentages can be as high as 56 per cent in some neighbourhoods. These are adults between 18 years and 65 years. We are not even talking about over 65 years of age.

I think that looking at a cluster of indicators like that you really start to get a sense of neighbourhoods that are facing multiple challenges. When we talk about population health, geographically we can see where we really need to focus some efforts. That is not to say that poverty is only within these

Au chapitre de la pauvreté et de la réduction de la pauvreté, puisque nous travaillions au développement communautaire de la ville, nous savions qu'il existait une pauvreté considérable à St. John's, mais il existait à l'échelon provincial une perception selon laquelle la région était prospère. « Ne venez pas parler de la pauvreté à St. John's alors que nous avons tellement de problèmes à régler dans la province, dans les collectivités rurales et éloignées. » L'une des premières choses que nous avons fait — c'était en fait à l'époque précédant les Collectivités dynamiques —, c'était de suivre de très près nos comptes communautaires. Après quelques années, nous avons pu enrichir les comptes communautaires ce qui a mené à neighbourhoodaccounts.ca. Nous avions l'habitude d'afficher une seule statistique pour la ville de St. John's dans son ensemble. On pouvait dire, par exemple, que le revenu moyen d'une famille était de 33 000 \$. Maintenant, pour St. John's, il y a 98 quartiers dont il est possible de visualiser les chiffres, dans la section des données par quartiers des comptes communautaires. Ces données brossent un portrait totalement différent de notre ville mettant en relief des disparités étonnantes : dans un quartier, le revenu moyen des familles est de 98 000 \$, et dans un autre quartier, il est de 24 000 \$.

Ces données probantes ont vraiment changé ce que nous pouvions faire, et elles nous ont permis une mobilisation qui va bien au-delà de toutes attentes. Une des choses que nous voulions faire était de communiquer ces renseignements aux gens qui vivent dans ces quartiers où la situation est difficile. Nous avions peur que cette information ne stigmatise les gens, et nous avons fait attention à la manière dont nous avons présenté ces données par quartiers. C'était fantastique, car les gens se sentaient habilités par ces données et pouvaient dire : « Vous voyez? C'est là, les chiffres sont là, et l'information est affichée sur un site gouvernemental. »

Il faut utiliser le revenu comme mesure, bien sûr, lorsque nous parlons de pauvreté et de réduction de la pauvreté, mais nous savons tous que la pauvreté englobe bien plus de choses que le revenu. Ce n'est vraiment qu'une seule mesure. À Collectivités dynamiques St. John's, nous avons exploré différents indicateurs pour repérer les quartiers dans notre ville qui doivent vraiment être pris en main. Nous regardons le revenu des familles et le taux d'emploi, et, dans certains des quartiers, on observe des taux de chômage qui oscillent entre 40 et 65 p. 100.

Comme la définition de l'emploi suppose au moins une semaine de travail dans une année, nous savons que, dans ces quartiers, il existe vraiment des points névralgiques où nous devons concentrer nos efforts. Une forte proportion de gens, de l'ordre de 51 p. 100, ou même jusqu'à 55 p. 100 dans certains quartiers, dépend du soutien du revenu. Dans certains de ces quartiers, beaucoup d'adultes n'ont pas leur diplôme d'études secondaires. La proportion peut s'élever jusqu'à 56 p. 100 dans certains quartiers. Il s'agit d'adultes âgés de 18 à 65 ans. Nous ne parlons même pas des gens âgés de plus de 65 ans.

Je crois que, si on regarde un groupe d'indicateurs comme ça, on commence vraiment à avoir une idée des quartiers qui sont aux prises avec de multiples problèmes. En ce qui a trait à la santé de la population, sur le plan géographique, nous pouvons vraiment voir où nous devons orienter certains de nos efforts. Je ne dis pas

identified neighbourhoods, but it really is, if we want to take a place-based approach and reach people where they live. We have the evidence now, which is very valuable.

In terms of Vibrant Community St. John's, the long-term goal as policy and systems change, which you may have heard from Vibrant Communities National, is not just about getting people together and coming up with innovative projects or programs for the sake of innovative projects or programs. We do want to do that good work and we want to have impact on people's lives. Our goal is to engage government as partners with us in that work and the private sector as partners with us, so that at the end of the day or somewhere down the road we can start to influence how we do business and how we work together, that really is our end goal.

Vibrant Communities has several things that it wants to do, but we have identified six starting point initiatives and one of them is taking a whole community action research approach to increasing high school completion rates for youth. We are focusing on one of our largest and lowest income neighbourhoods here in the city. Some of these neighbourhoods say they have had one or two graduates in the last 15 to 20 years. We are really excited that staff from Memorial University, from the Department of Education, from our provincial government, people from our Poverty Reduction Strategy, and a number of community based groups, are all working together to say, okay, what does it take to turn that around. We really want to learn as we go and do an action-research approach, working closely with that neighbourhood and the community centre located there.

At one of our planning meetings, we heard from employers, businesses and community people that the employers could not find people to hire for the available positions. They said they could not get people and when they did, the people did not stay in the job. They pointed out that the people were unreliable. Meanwhile, at the other end of the table there were people who work with these neighbourhoods who are saying no, wait a minute, we have those people, there is no shortage of people and what is going on here because these are entry-level positions with decent pay, some good benefits that is exactly what would be a match. So my role as a Vibrant Communities coordinator was to facilitate this conversation to continue past that table. What we did was a big employer here, Fortis Properties, partnered with our community centre alliance. We said look, if you will guarantee 15 job interviews at the end of five weeks, we will find you those people, provide a little bit of a curriculum and a little bit of life skills and essential skills training for these people and do some coaching around interviewing and that sort of thing. At the end of that first pilot, 9 of 14 people who were on Income Support moved to employment after five weeks. I mean, we were completely surprised, provincial partners, Human Resources Labour and Employment were completely surprised and so needless to say, this is something we want to continue.

que la pauvreté accable seulement ces quartiers définis, mais il faut le voir de cette façon, si nous voulons adopter une démarche axée sur l'endroit et aider les gens où ils vivent. Nous avons maintenant accès aux données probantes, qui sont très précieuses.

À mesure que les politiques et les systèmes évoluent, le but à long terme de Collectivités dynamiques St. John's ne consiste pas simplement à rassembler les gens et à concevoir des projets ou des programmes novateurs juste pour la forme. Les représentants de l'initiative nationale des collectivités dynamiques ont peut-être déjà fait cette mise au point. Nous voulons faire du bon travail et nous voulons avoir un impact sur la vie des gens. Notre objectif est d'inviter le gouvernement et le secteur privé à être nos partenaires, pour qu'au bout du compte, ou à un certain moment, nous puissions commencer à influencer sur la manière de faire les choses et de travailler ensemble; c'est vraiment notre but ultime.

Nous voulons accomplir plusieurs choses dans le cadre de Collectivités dynamiques, mais nous avons prévu six initiatives de départ, et l'une d'elles consiste à adopter une démarche complète de recherche communautaire, afin d'accroître le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires chez les jeunes. Nous concentrons nos efforts sur l'un des plus gros quartiers de la ville, également l'un des plus pauvres. Dans certains de ces quartiers, on affirme qu'on a vu seulement un ou deux diplômés au cours des 15 ou 20 dernières années. Nous sommes ravis que des membres du personnel de l'Université Memorial, du ministère de l'Éducation, de notre gouvernement provincial, des responsables de notre stratégie de réduction de la pauvreté et un certain nombre de groupes communautaires collaborent tous pour déterminer ce qu'il faut pour changer les choses. Nous voulons vraiment apprendre sur le tas et adopter une démarche de recherche active en travaillant en étroite collaboration avec le quartier et le centre communautaire qui s'y trouve.

Dans le cadre de l'une de nos réunions de planification, nous avons entendu des témoignages d'employeurs et, de chefs d'entreprises et de membres de la collectivité selon lesquels les employeurs ne pouvaient pas trouver de candidats pour combler les postes disponibles. Ils ont déclaré qu'ils ne pouvaient trouver personne et que, lorsqu'ils parvenaient à trouver quelqu'un, la personne ne demeurait pas en poste. Ils ont signalé que les gens n'étaient pas fiables. En même temps, de l'autre côté du débat se trouvaient les gens qui œuvrent dans ces quartiers. Ils disaient : « Non, attendez un instant, nous avons ces gens, il n'y a pas de pénurie. Qu'est-ce qui se passe? Il y a pourtant des postes de débutant qui offrent un salaire décent et de bons avantages sociaux, ce qui correspondrait parfaitement aux besoins. » Donc, mon rôle de coordinatrice de Collectivités dynamiques consistait à animer cette discussion pour qu'elle passe à l'étape suivante. C'est à ce moment que notre centre communautaire a formé un partenariat avec un employeur local important, Fortis Properties. Nous lui avons dit : « Écoutez, si vous garantisiez 15 entrevues au bout de cinq semaines, nous trouverons les candidats, nous leur offrirons un petit programme et une courte formation en dynamique de la vie et en compétences essentielles, et nous leur offrirons un encadrement axé sur les entrevues et ce genre de choses. » À la fin de ce projet pilote, 9 des 14 personnes qui dépendaient du soutien du revenu ont décroché un emploi après



Interestingly enough, Minister Skinner, who is the Minister of Human Resources Labour and Employment, has recently announced some financial supports for the community centres to share this model with other areas of the province where there are high incidents of social housing residents. So, already just one success that came from a very early meeting that we had and I think there are lots more like that that we can do together that cost almost nothing that was really a quick affordable intervention that had hugely profound results on some of those people.

Multi-sectoral dialogue to examine barriers and explore policy solutions related to the transition to work. One of the things that we saw from that Makin' it Work pilot and that we know from other employment programs we have done, is that there are still some policy barriers there. Some people who went through the program and did not move to work. We need to work on some things and we have great involvement from partners from several different departments to do a series of round table discussions this year. Ideally, what we would like to do is pilot some things as we continue with further Makin' it Work programs; we are addressing some of those as we go along.

Looking for Vibrant Neighbourhoods is a project that focuses in on some of the low income and challenged neighbourhoods that do not have community centres. Many of them that do not have the benefit of a bricks and mortar community centre with staff and programs, and they are very isolated within the city. They are not tapping into the programs of the Eastern Health Authority or the programs offered by all kinds of different partners. So what we are doing is literally going in and coffee by coffee, meeting by meeting and meeting the people who live in those neighbourhoods and then trying to make the connections between those people and all of the wonderful programs and services that exist in our city that they are just not linking into and not taking advantage of. That is the goal of that initiative.

The Citizen's Voice Network is another early success of our Vibrant Communities Initiative. We found that when we first started talking about Vibrant Communities and what we wanted to do around poverty reduction the people who were not coming out to those meetings were the people who live in poverty. All of the other partners were there, even the private sector, but we were not getting the people that we most wanted to hear from. Again, we had to go back and visit those neighbourhoods and have pizza lunches and discussions and that sort of thing, and in one of those discussions someone said, you know, this is great, I feel like I am contributing to something, but this should not just be one time. This should be ongoing, we should do this regularly because how do we know what is going to come of this. We started the Citizen's Voice Network and we now have 35 people from all

cinq semaines. Je veux dire, nous étions absolument étonnés — les partenaires provinciaux et les représentants du ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi étaient absolument étonnés —, alors, il va sans dire que nous voulons continuer cette activité.

Chose assez intéressante, le ministre Skinner, à la tête de Ressources humaines, Droit du travail et Emploi, a récemment annoncé que de l'aide financière serait versée pour que les centres communautaires fassent connaître ce modèle à d'autres régions de la province où il y a une forte incidence de personnes qui habitent des logements sociaux. Ainsi, une première réunion a déjà donné naissance à une réussite, et je crois qu'il y a de nombreuses autres possibilités de collaborer dans le cadre d'initiatives qui ne coûtent presque rien et de réaliser des interventions rapides et abordables qui auront une incidence profonde sur certaines personnes.

Le dialogue multisectoriel aide à étudier les obstacles et à explorer les solutions stratégiques liées à la transition vers le marché du travail. Une des leçons que nous avons dégagées de ce projet pilote Makin' it Work et que nous avons apprises de nos autres programmes d'emploi, c'est qu'il existe toujours des barrières stratégiques. Certaines personnes ont participé au programme et n'ont pas intégré le marché du travail. Nous devons travailler sur certaines choses, et nous pouvons compter sur la participation fantastique des partenaires de plusieurs ministères à une série de tables rondes cette année. Idéalement, nous aimerions lancer des projets pilotes tout en continuant à lancer d'autres programmes Makin' it Work; nous examinons certaines idées à mesure que nous avançons.

Le projet Looking for Vibrant Neighborhoods s'attache à des quartiers à faible revenu dont la population, aux prises avec des difficultés, n'a pas de centre communautaire. Beaucoup d'entre eux n'ont pas accès à un centre communautaire doté d'un personnel et de programmes, et ces quartiers sont très isolés dans la ville. Leur population ne participe pas aux programmes de la région de la santé de l'Est ni aux programmes offerts par toutes sortes de partenaires différents. Donc, notre travail consiste à rencontrer une à la fois les personnes, qui vivent dans ces quartiers, à prendre un café avec elles et à tenter d'établir des liens entre ces personnes et tous les merveilleux programmes et services qui sont en place dans notre ville, mais auxquels ces personnes n'accèdent tout simplement pas — elle ne tire pas profit de ces mesures. C'est l'objectif de cette initiative.

Le Citizen's Voice Network est une autre des réussites initiales de l'initiative des Collectivités dynamiques. Nous avons constaté que, au moment où nous avons commencé à parler des Collectivités dynamiques et de ce que nous voulions faire pour réduire la pauvreté, les gens qui n'assistaient pas à ces réunions étaient justement ceux qui vivaient dans la pauvreté. Tous les autres partenaires étaient présents, même le secteur privé, mais nous ne pouvions parler aux gens dont le témoignage était le plus important. Encore une fois, il a fallu retourner dans ces quartiers et tenir des dîners-pizza et des discussions, ce genre de choses, et pendant l'une de ces discussions, quelqu'un a dit : « Vous savez, c'est fantastique, j'ai l'impression de contribuer à quelque chose, mais cela ne devrait pas juste se produire une fois. Cela devrait continuer, il faudrait le faire régulièrement, car autrement,



across the city who meet regularly. That is a forum for them to share information, to learn, and collectively to impact policy-making and decision-making. We have set up one meeting between these people and our provincial Prescription Drug Program. They will have a meeting in a couple of months with representatives from the Department of Human Resources, Labour and Employment and will ask questions about income support, the way that is provided, and some of the barriers as part of that. They have said they want this to be a positive forum and a very working-in-partnership forum, as opposed to an adversarial confrontational sort of thing. So our government partners, because they are already at our Vibrant Communities table, are keen to participate.

We have heard repeatedly about not what poverty is, but what needs to happen to move people to a new level of child care. We pulled together an action team where we went back to the stakeholders who already exist here in the city and who have done work around childcare. These people had the wind knocked out of their sails over the last couple of years that felt that much of the work that they had done toward universal child care plan has been on the backburner. We said, what needs to happen? How do we need to rekindle some of that energy and work and keep the dialogue going?

We have a group of people there, including some parents who are very keen to get that dialogue front and centre where it needs to be and tie it back to labour market, tie it back to poverty reduction. At the end of the day, there are six starting point initiatives, involved in our Vibrant Communities, that we were not just doing a youth focus thing and not addressing the needs of the parents and not addressing the needs of the neighbourhood and the needs of the younger kids in that family. We really wanted to start integrating so that if a parent involved in an employment program, can participate in a Makin' it Work program and have a voice in child care. We really want to link the six initiatives together wherever we can.

That is just a little bit about Vibrant Communities as it is happening here. We are fairly new and we are just moving into the implementation phase. You will see as we move into considerations.

**Ms. Scott:** We have left our considerations for you in writing. However, we point out that if you work in a strategic way towards policy development, the community is there and is able to assist and help, and if you have some ability, for example, to develop some leadership or facilitation such as Peggy brings to Vibrant Communities, you will go a long way. Hundreds of people are involved in Vibrant Communities. They feel that they have some collective purpose in terms of raising incomes and income is a determinant of health. Unless, however, the Community Services

comment pourrions-nous savoir ce qu'il adviendra de nos actions?» Nous avons lancé le Citizen's Voice Network et maintenant, 35 personnes de partout dans la ville se réunissent régulièrement. C'est un forum qui leur permet de mettre en commun l'information, d'apprendre et d'influer collectivement sur l'élaboration des politiques et la prise de décisions. Nous avons organisé une réunion entre ces personnes et des représentants de notre régime d'assurances-médicament. Ils vont rencontrer dans quelques mois des représentants du ministère des Ressources humaines, Droit du travail et de l'Emploi, et ils pourront poser des questions au sujet du soutien du revenu, de la façon de le dispenser et de certaines des barrières liées à cette mesure. Ils ont dit qu'ils espèrent que ce forum sera positif et axé sur le travail en partenariat, plutôt qu'une séance qui se déroulerait dans un climat antagoniste ou conflictuel ou ce genre de chose. Ainsi, nos partenaires gouvernementaux, puisqu'ils participent déjà à l'initiative des Collectivités dynamiques, ont hâte de prendre part à l'événement.

Nous avons entendu parler, à plusieurs reprises, non pas de ce qu'est la pauvreté, mais de ce qui doit être fait pour que les gens accèdent à un nouveau degré de services de garde pour les enfants. Nous avons mis au point une équipe d'intervention qui est allée consulter les organismes déjà en place dans la ville et qui a accompli du travail à l'égard des services de garde. Ces gens ont été freinés dans leur élan au cours des dernières années. Ils avaient l'impression que beaucoup de leur travail effectué dans le cadre du programme universel de services de garde avait été relégué aux oubliettes. Nous nous sommes dits : « Qu'est-ce qui doit se produire? Comment nous y prendre pour raviver la flamme et travailler tout en poursuivant le dialogue? »

Nous avons un groupe de personnes composé, entre autres, de parents qui ont très hâte d'amener ce dialogue à l'avant-plan de nos préoccupations, comme il se doit, et de le rattacher au marché du travail et à la réduction de la pauvreté. Au bout du compte, il existe six initiatives de départ s'inscrivant dans les Collectivités dynamiques, alors nous tentons d'abattre les cloisons entre les efforts déployés pour combler les besoins des jeunes, ceux des parents, ceux du quartier et ceux des jeunes enfants dans une famille. Nous voulons vraiment commencer à tout intégrer, de façon à ce qu'un parent qui participe à un programme d'emploi puisse prendre part à un programme Makin' it Work et se faire entendre sur la question des services de garde. Nous voulons vraiment relier les six initiatives, partout où nous le pouvons.

Voilà donc un aperçu de ce qui se passe dans le cadre de Collectivités dynamiques. Tout cela est relativement nouveau, et nous venons tout juste de passer à l'étape de la mise en œuvre. Vous trouverez plus de détails dans notre mémoire.

**Mme Scott :** Nous avons déposé un mémoire à votre intention. Toutefois, nous tenons à souligner que, si l'on travaille de façon stratégique à l'élaboration des politiques, la collectivité est là et elle est en mesure de fournir son aide, et que si l'on parvient, par exemple, à établir un leadership ou à assurer une coordination, comme l'a fait Peggy pour les Collectivités dynamiques, on peut aller loin. Des centaines de personnes participent à l'initiative des Collectivités dynamiques. Elles ont l'impression de travailler, dans l'intérêt de la collectivité, à l'augmentation du revenu; et le revenu

Council has been able to put in place a skilled facilitator, all of the things that Peggy has described to you, which are going to bear great fruit, would not have been possible. In fact, it took probably a couple of years even to get Peggy in place. It is always a struggle to get the capacity in the voluntary community-based sector, but it is amazing what can be done from the ground up and could be done in partnership with government if there were, for example, more core funding, a little bit more stability when it comes to projects, more capacity around training. I think it is just amazing what can be harnessed at the community level, but we do need those supports.

I do not want to end on a negative note, but we do need those things to fall into place. The idea of a federal population health strategy is really exciting. That is what we are doing. You know, it is called different things in different communities, but what we want is the same. Our desired outcomes are the same, and I think the key is to build on some of that momentum and coordination to really push that forward and make it work.

We have also been hearing about a federal poverty reduction strategy. Again, there are some really obvious, clear links between the two and if we could all share some of the same common goals and just know that we are working toward the same thing, we are all about it and we are ready to buy in.

**The Chair:** Thank you both very much. When some of these problems are finally overcome, people like you at the community level will overcome them, I am sure.

We heard from other witnesses that sometimes schools could be used as the community centre, which you can access to the schools and use it as a community centre in some areas. There are other places where it cannot be done, just for what it is worth.

**Senator Cook:** That was a very enlightening presentation.

You have experienced reductions in government funding. Do the feds and the province, or both fund you? I see that Vibrant Communities receives private funding with the Royal Bank of Canada and the McConnell Family Foundation. How do you get your financial base in place to do what you need to do?

**Ms. Scott:** The Community Services Council is the overall organizational perspective; our funding comes from a variety of sources. We write proposals to the federal, provincial and municipal governments all the time. We also fundraise, and that is fairly standard in the non-profit, community-based sector. You would generally find that very few organizations in the non-profit sector have a sole source of funding. For example, in Atlantic Canada we have foundations that provide funding. If we were like the Calgary Chamber of Voluntary Organizations, we might have

est un déterminant de la santé. Néanmoins, si le Conseil des services communautaires n'avait pas réussi à mettre en place un coordonnateur compétent, toutes les choses que vous a décrites Peggy, qui porteront beaucoup de fruits, n'auraient pas été possibles. En fait, on a probablement même mis une ou deux années pour mettre Peggy en poste. Il faut toujours lutter pour obtenir la capacité dans le secteur bénévole communautaire, mais il est formidable de constater ce qu'on peut créer de toutes pièces, et ce qu'on pourrait accomplir en partenariat avec le gouvernement si, par exemple, on disposait d'un plus grand financement de base, si on jouissait d'une plus grande stabilité à l'égard des projets et si on disposait de plus de ressources consacrées à la formation. Je suis émerveillée de constater l'ampleur des ressources qu'on peut mettre à contribution à l'échelon communautaire, mais nous avons besoin de ces soutiens.

Je ne veux pas conclure sur une note négative, mais il faut que ces choses soient en place. L'idée d'une stratégie fédérale de santé de la population est vraiment intéressante. C'est ce que nous faisons. Vous savez, différentes collectivités ont différents noms pour la désigner, mais nous voulons tous la même chose. Nos résultats voulus sont les mêmes, et je crois que l'essentiel, c'est d'exploiter cet élan et cette coordination pour vraiment aller de l'avant et faire en sorte que ça fonctionne.

Nous avons aussi entendu parler de la stratégie fédérale de réduction de la pauvreté. Encore une fois, il existe des liens évidents et clairs entre la santé et la pauvreté, et si tout le monde peut convenir de certains objectifs communs et tendre vers un même résultat, alors nous sommes partants.

**Le président :** Merci beaucoup à toutes les deux. Lorsque certains de ces problèmes seront enfin réglés, je suis convaincu que ce sera grâce à des personnes comme vous, à l'échelon communautaire.

Nous avons appris d'autres témoins que, parfois, les écoles pouvaient servir de centre communautaire, qu'il est possible d'accéder aux écoles et de les utiliser comme centre communautaire à certains endroits. Je signalerais toutefois qu'il y a d'autres endroits où cela est impossible.

**Le sénateur Cook :** Votre exposé était très édifiant.

Vous avez fait face à des réductions du financement gouvernemental. Votre financement provient-il du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial ou des deux? Je vois que les Collectivités dynamiques touchent un financement privé de la Banque royale du Canada et de la McConnell Family Foundation. Comment s'établit votre assise financière?

**Mme Scott :** Le Conseil des services communautaires fait office de cadre organisationnel; notre financement provient d'une diversité de sources. Nous présentons constamment des propositions aux gouvernements fédéral et provincial et aux administrations municipales. Nous tenons aussi des campagnes de financement, activité assez répandue dans le secteur communautaire sans but lucratif. En général, vous constaterez que très peu d'organismes sans but lucratif disposent d'une source unique de financement. Par exemple, dans le Canada atlantique, il



the Muttart Foundation that could hand over anywhere from \$100,000 to \$350,000 a year, but it is a little bit different here in St. John's.

Our funding comes from a mix of funds from federal, provincial and municipal grants and our fundraising. Increasingly, non-profit groups are trying to develop revenue streams by becoming social enterprises by charging fees for their services. That is kind of a global way that we fund ourselves, but I will let Peggy address the specifics of how Vibrant Communities is funded.

**Ms. Matchim:** Another thing that attracted us about Vibrant Communities' national initiative was that there were some financial supports attached. Many who work in community have participated in many different initiatives and efforts where we try to work collaboratively, but there was no dedicated staff support to maintaining that collaborative. You know how that works, if it is one person's responsibility to make sure the group meets next month and that person has a proposal deadline or whatever. So what was really exciting about Vibrant Communities is the national initiative provides matching funds for what we can raise locally for the first little while. Then they reduce to, you know, two-to-one funds and that sort of thing, with the idea being that eventually we become sustainable.

Right now, our sources are funding are from the City of St. John's, our provincial government, some foundation funding, and we have two major corporate partners that we are really excited about. As you can imagine, it is a real sell job to get some of our business partners to support this kind of thing because all we have been doing for a year is planning how to reduce poverty. Getting them to that table has been very difficult but, with some of the early successes, especially with the Makin' it Work initiative, they are very excited and they are starting to see the potential of this program. What I have said to them, although it is all talk, I assure you, is that we do not just want your money. We do not just want a cheque for \$50,000. What we want is one of your VPs at our leadership team table talking about how we reduce poverty. What we want is your staff participating in this high school mentoring program in a neighbourhood. What we want is for you to participate in the vibrant neighbourhoods where they are really excited about maybe now adopting a neighbourhood and then maybe challenging other businesses. I mean, what they do in the end does matter. It is going to be what makes the difference, but the fact that they are excited and they are engaged in the dialogue is what is really great. You know, it is not about a charity model. That is traditionally the way that businesses, I would say, in this city contribute. You know, they contribute to fundraisers and they do Christmas hampers and baskets, and we said that is not what this is about. We need your brains and your hearts, but we need the cheque too.

existe des fondations qui offrent du financement. Si nous étions comme la Calgary Chamber of Voluntary Organizations, nous profiterions peut-être d'un ~~chèque~~ annuel de 100 000 \$ à 350 000 \$ par année de la Muttart Foundation, mais les choses sont un peu différentes ici à St. John's.

Notre financement provient d'une combinaison de subventions fédérales, provinciales et municipales ainsi que de nos collectes de fonds. De plus en plus, les groupes sans but lucratif tentent de trouver de nouvelles sources de revenus en se transformant en entreprises sociales qui touchent des frais pour leurs services. Dans une certaine mesure, c'est ainsi que nous assurons notre financement, mais je vais laisser Peggy parler des détails du financement des Collectivités dynamiques.

**Mme Matchim :** Une autre chose qui nous a attiré chez l'initiative nationale des collectivités dynamiques était les soutiens financiers qui s'y rattachaient. De nombreuses personnes qui ont travaillé dans la collectivité ont participé à toute une gamme d'initiatives et d'efforts où nous tentons de collaborer, mais aucune mesure de soutien du personnel n'était en place pour maintenir cette collaboration. Vous savez comment cela fonctionne : une seule personne est chargée de veiller à ce que le groupe se rencontre le mois prochain, mais cette personne doit soumettre une proposition avant telle date, ou je ne sais quoi. Alors, ce qui était très intéressant de l'initiative nationale des collectivités dynamiques, c'est qu'elle verse des fonds de contrepartie en fonction de ce que nous pouvons amasser à l'échelon local au début. Ensuite, il y a une réduction du ratio, vous savez, à deux pour un, et ce genre de chose, et l'idée, c'est que, au bout du compte, nous devenions viables.

Actuellement, nos sources de financement proviennent de la Ville de St. John's, de notre gouvernement provincial et de certaines fondations, et nous sommes également très fiers de pouvoir compter sur deux sociétés partenaires. Comme vous pouvez l'imaginer, c'est tout un défi que de convaincre certains de nos partenaires du milieu affaires de soutenir ce genre de chose, car tout ce que nous avons fait pendant un an, c'est planifier des mesures de réduction de la pauvreté. La mobilisation de ces joueurs a été très difficile, mais, grâce à certaines des réussites passées, surtout dans le cadre de l'initiative Makin' it Work, ils sont très enthousiastes et ils commencent à voir le potentiel du programme. Je leur ai dit — et ce ne sont que des paroles en l'air, je vous assure — que nous ne voulions pas seulement leur argent. Nous ne voulons pas seulement un chèque de 50 000 \$. Ce que nous voulons, c'est que l'un de leurs vice-présidents participe aux réunions de notre équipe de leadership qui discute des façons de réduire la pauvreté. Ce que nous voulons, c'est que leur personnel participe au programme de mentorat à l'école d'un quartier. Ce que nous voulons, c'est qu'ils participent à la vie dynamiques des quartiers, qu'ils soient vraiment emballés à l'idée d'adopter un quartier, puis ensuite, de lancer un défi à d'autres entreprises. Je veux dire, ce qu'ils font au bout du compte est important. C'est cela qui va changer les choses, mais le fait qu'ils soient intéressés et qu'ils participent au dialogue, c'est ce qui est vraiment fantastique. Vous savez, l'idée n'est pas de suivre le modèle de la bienfaisance. C'est la façon dont ont toujours contribué les entreprises de cette ville, je dirais. Vous savez, elles contribuent à



**Senator Cook:** Is there a link to the governments Poverty Reduction Strategy?

**Ms. Scott:** They have been supportive of Vibrant Communities and one of their staff people actually sits on our Vibrant Communities now. I do not know how long that will continue because Vibrant Communities is St. John's, but I think they see, and we have already seen evidence, that what we are doing is a model. I think there already are implications for other parts of the province. That Makin' it Work model is being shared with four other sites across Newfoundland and in Labrador. I think they see that. They see the potential. This is a model. I will say I think they were instrumental in us getting some financial support from the provincial government because we were in line with what they are trying to do. They see the value and that we can maximize some of the work that, you know, they are trying to do internally. So there have been some strong links to them as they continue.

**Senator Cook:** I know an agency such as yours from experience with Stella Burry. You needed one person to be dedicated to look for funding and look for context, and it can be really draining on an agency such as yours.

**Ms. Matchim:** Absolutely. I cannot even believe I still get so excited after doing this for so long. Vibrant Communities engages these people as partners. It is not that we are over here doing something and then we go to government and then we go to business. They are right there at the table with us. So all along, if we say as a group we want to do something, well, right there at the table what can you contribute? It is shared resources, but it is shared successes. In fact, this collaborative way of working is so new that one of the things that we are doing is we have some staff positions tied to these six different initiatives. They are each housed with different organizations, right? I mean there is a logical lead organization that you would be housed with if you were doing the high school in Rabbittown neighbourhood. People are really having a hard time wrapping their head around that Vibrant Communities, St. John's — okay, you got staff all over, no one person owns those staff. It is a real collaborative approach. We know we need to be working that way. I think Darlene said it just before we got here, that the time is right. We know we are strapped for resources. We know what we want to achieve and we have to find new ways to do it. It involves a combination of funding, with different partners, but also involves how we spend our resources.

**Senator Cook:** That is a good message, yes.

des collectes de fonds et elles remplissent des paniers de Noël, mais nous leur avons dit : « Ce n'est pas là le but de notre organisme. » Nous avons besoin de votre tête et de votre cœur — mais aussi du chèque.

**Le sénateur Cook :** Y a-t-il un lien avec la stratégie de réduction de la pauvreté du gouvernement?

**Mme Scott :** Les responsables de cette stratégie ont offert du soutien à l'initiative des Collectivités dynamiques, et l'un d'eux siège même au conseil des Collectivités dynamiques. Je ne sais pas combien de temps cela va durer, parce que les Collectivités dynamiques relèvent de St. John's, mais je crois qu'ils voient bien — et nous en avons déjà eu la preuve — que ce que nous faisons sert de modèle. Je crois qu'il y a déjà des répercussions dans d'autres parties de la province. On présente le modèle Makin' it Work à quatre autres organismes de Terre-Neuve-et-Labrador. Je crois qu'ils voient bien cela. Ils voient le potentiel. Il s'agit d'un modèle. Je dois dire que, à mon avis, ils ont joué un rôle crucial dans l'obtention d'une aide financière du gouvernement provincial, du fait que nos activités étaient compatibles avec les leurs. Ils voient la valeur de ce que nous faisons et ils comprennent que nous pouvons optimiser certains des travaux qu'ils tentent d'accomplir, vous savez, à l'interne. Nous avons donc, noué des liens étroits avec eux tout au long de leur cheminement.

**Le sénateur Cook :** Je connais un organisme tel que le vôtre grâce à mon expérience auprès de Stella Burry. Vous devez mobiliser une personne qui consacre ses énergies à la recherche de financement et des occasions qui s'offrent, ce qui peut vraiment être un fardeau pour un organisme comme le vôtre.

**Mme Matchim :** Certainement. J'ai peine à croire que je suis toujours aussi enthousiaste après tant d'années. Les responsables de Collectivités dynamiques recrutent ces personnes comme partenaires. Ce n'est pas comme si nous étions ici, en train de faire quelque chose, et qu'ensuite, nous allions frapper à la porte du gouvernement, puis des entreprises. Ils se trouvent déjà à nos côtés. Donc, à tout moment, si le groupe manifeste le désir de faire quelque chose, eh bien, on peut demander tout de suite ce que chacun peut offrir comme contribution. Nous partageons les ressources, mais aussi la réussite. En fait, cette façon de collaborer est si novatrice, que nous avons du personnel affecté à l'une ou l'autre de ces six initiatives. Chaque initiative relève d'un organisme différent, vous voyez? Je veux dire qu'il existe un organisme directeur avec lequel vous serez logiquement associé si vous êtes affecté au projet de l'école secondaire du quartier de Rabbittown. Les gens ont beaucoup de difficultés à saisir le concept des Collectivités dynamiques à St. John's — oui, il y a des employés un peu partout, mais ils ne relèvent pas d'un seul et même organisme. C'est vraiment une démarche de collaboration. Nous savons que nous devons travailler de cette façon. Je crois que Darlene l'a dit avant que nous arrivions ici : le moment est opportun. Nous savons que nous manquons de ressources. Nous savons ce que nous voulons accomplir, et il faut trouver de nouvelles façons de faire. Cela suppose de miser sur le financement de différents partenaires, mais aussi d'utiliser les ressources de façon judicieuse.

**Le sénateur Cook :** C'est un bon message, oui.

[Translation]

**Senator Pépin:** You spoke about early childhood development and day care, and we all know that these are very important priorities. You also stated that the day care dialogue has been discontinued. What happened? I thought you had started a network. There were insufficient funds, but was it leadership that was lacking? What caused the dialogue to end? What stage are you at now? Are you still establishing connections? Those connections were there before this all began because this did work at some point. What happened?

[English]

**Ms. Matchim:** I do not know that we ever had it completely fixed, that we ever had the solutions to it. When we brought together the stakeholders from child care, representatives from the City of St. John's, the Regional Health Authority, some of the family resource centres, some parents, we realized there was a lot of energy and excitement going into the development of a plan for universal child care. Then when that did not go as people had hoped and expected, they said the wind went out of their sails and they really have not been doing as much in the way of advocating. They all said that their wait lists are ridiculous for child care spaces for subsidized child care. Then they said, beyond our own wait lists, we do not even know what the need is out there in the City of St. John's. I think there is work being done in rural communities to assist, but we have not gotten that far for the City of St. John's in terms of looking at some of these low-income neighbourhoods and what is available to them in terms of child care. I just coordinate the group. I am certainly not an expert on the issues of child care. One the things they really wanted to do was do some research in terms of understanding the needs, and particularly of low-income parents. These people on wait lists are not even advocating for themselves and do not even know how they would go about getting onto a wait list.

[Translation]

**Senator P  pin:** Even if they are on a wait list, day care services have to function. It is my impression that you are still in the study phase. When do you think these day care services will be established? Is the problem a lack of provincial or federal funding? This is so important to low income families and it is so fantastic for very young children.

[English]

**Ms. Matchim:** I should clarify that we are a community-based group that advocates for enhanced child care services. We brought together some of the providers of child care to hear from them firsthand, but this is exactly what we are advocating

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Vous avez parlé du développement de la petite enfance et des services de garde et on sait tous que c'est une des priorités les plus importantes. Vous avez aussi dit que « le dialogue est discontinu   au sujet des garderies ». Qu'est-il arrivé? J'avais l'impression que vous aviez commencé un réseau. Les fonds ont manqué, mais est-ce le leadership qui a fait défaut? Que s'est-il passé pour que le dialogue cesse?    quel stade êtes-vous rendus maintenant? Est-ce que vous êtes encore au stade de créer des liens? Vous aviez ces liens avant que tout commence, parce que cela a fonctionné un moment donné. Qu'est-il arrivé?

[Traduction]

**Mme Matchim :** Je ne pense pas que cette question ait déjà été complètement réglée, je ne pense pas que nous ayons déjà eu des solutions. Lorsque nous avons rassemblé les intervenants des services de garde, des représentants de la Ville de St. John's, de la régie régionale de la santé et de certains centres de ressources familiales ainsi que des parents, nous avons constaté qu'il y avait beaucoup d'énergie et d'enthousiasme dans le cadre de l'élaboration d'un plan pour le service universel de garde. Ensuite, lorsque les choses ne se sont pas déroulées comme ces gens l'avaient espéré et attendu, ils ont dit qu'on avait freiné leur élan et, depuis, ils ne font plus beaucoup d'activités militantes. Ils ont tous déclaré que les listes d'attente pour les services de garde subventionnés sont ridicules. Ensuite, ils ont déclaré que, en plus de leurs propres listes d'attente, ils ne savent même pas quel genre de besoins existent dans la Ville de St. John's. Je crois qu'on accomplit du travail dans les collectivités rurales pour aider, mais nous n'en sommes pas arrivés là pour la Ville de St. John's; c'est-à-dire que nous n'avons pas examiné ces quartiers de personnes à faible revenu et ce qui leur est offert au chapitre des services de garde. Je ne fais que coordonner le groupe. Je ne suis certainement pas une experte sur les questions liées aux services de garderie. Une des choses auxquelles ils tenaient vraiment était de mener des recherches afin de comprendre les besoins, surtout ceux des parents à faible revenu. Ces gens sur les listes d'attente ne luttent même pas pour leur propre cause, et ils ne savent même pas comment s'y prendre pour s'inscrire sur une liste d'attente.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Même s'ils sont sur la liste d'attente, il faut que les services de garde fonctionnent. J'ai l'impression qu'actuellement vous êtes encore à l'étape d'étude. Combien de temps prévoyez-vous avant que la réalisation des services de garde s'établisse? Est-ce un manque de fonds du provincial ou du fédéral? C'est tellement important pour les familles à faible revenu, c'est quelque chose de merveilleux pour les tout-petits.

[Traduction]

**Mme Matchim :** Je devrais préciser que nous sommes un groupe communautaire qui milite pour l'amélioration des services de garde. Nous avons réuni certains des fournisseurs de services de garde pour entendre leur témoignage de vive voix, mais voici ce



for: people cannot participate in these other initiatives if we do not provide child care. We are a community-based group advocating for that.

[Translation]

**Senator Pépin:** Do you hold meetings? Do community groups, municipal and government representatives attend these meetings? Are you a member of the group advocating for your cause?

[English]

**Ms. Matchim:** The Vibrant Communities group?

**Senator Pépin:** Yes.

**Ms. Matchim:** Yes.

[Translation]

**Senator Pépin:** You stated that you look after people up to 65 years old. Where are those people who are older than 65? Does someone look after them or are they not part of the group?

[English]

**Ms. Matchim:** No, I think there is some confusion. I was just referring to a statistic that shows that in some of our low-income neighbourhoods, for people between 18 years and 65 years of age, sometimes as high as 55 per cent of those people do not have high school education.

**Senator Cochrane:** I thank you for coming. I am really impressed with what you are doing. It is wonderful to hear all these good things. Are you aware of the Community Accounts strategy? Have you been using it? Do you have access to this network?

**Ms. Matchim:** All of those statistics that I talked about, the new neighbourhood-level data we have, that is all thanks to Community Accounts. In fact, we worked with them for a couple of years to get this down to the neighbourhood level. That has really informed what Vibrant Communities St. John's is all about. If it were not for that data, I think we would not know what to focus on.

**Senator Cochrane:** Having the business people involved is number one. We have heard from many Canadian organizations. When you see business involved in problem areas and with problem people and difficulties, they are the people that can come up with solutions. A lot of them have the brains. They have already achieved so much and they are willing to offer something. The more business people you can get involved the better, and you say you have just two on your board?

**Ms. Matchim:** Yes.

**Senator Cochrane:** I am hoping that you are trying to get more.

que nous faisons valoir : les gens ne peuvent pas participer aux autres initiatives s'ils n'ont pas accès à des services de garde. Nous sommes un groupe communautaire qui milite pour cette cause.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Tenez-vous des réunions? Avez-vous des groupes communautaires, des représentants des municipalités et du gouvernement lors de ces réunions? Faites-vous partie du groupe qui met de l'avant votre dossier?

[Traduction]

**Mme Matchim :** Le groupe des Collectivités dynamiques?

**Le sénateur Pépin :** Oui.

**Mme Matchim :** Oui.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Vous avez dit que vous vous occupez des gens jusqu'à 65 ans. Où se retrouvent les personnes de 65 ans et plus? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui s'occupe d'eux ou bien ils ne font pas partie du groupe?

[Traduction]

**Mme Matchim :** Non, je crois qu'il y a confusion. Je faisais seulement allusion à une statistique qui montre que, dans certains de nos quartiers où le revenu moyen est faible, les gens âgés de 18 à 65 ans, parfois dans une proportion qui va jusqu'à 55 p. 100, n'ont pas leur diplôme d'études secondaires.

**Le sénateur Cochrane :** Merci d'être venue. Je suis très impressionné par ce que vous faites. C'est merveilleux d'entendre toutes ces bonnes choses. Connaissez-vous la stratégie des comptes communautaires? Comment l'utilisez-vous? Avez-vous accès à ce réseau?

**Mme Matchim :** Toutes les statistiques que j'ai évoquées, les nouvelles données par quartiers que nous possédons, sont à notre disposition grâce aux comptes communautaires. En fait, nous avons travaillé avec les responsables pendant quelques années pour que les données puissent être recueillies par quartiers. Cela a vraiment permis de comprendre la nature des collectivités dynamiques de St. John's. Si ce n'était pas de ces données, je crois que nous ne saurions pas dans quelle direction déployer nos efforts.

**Le sénateur Cochrane :** Le fait d'avoir mobilisé les gens du milieu d'affaires est une excellente chose. Nous avons entendu beaucoup de représentants d'organismes canadiens. Lorsque les entreprises participent à la résolution de problèmes et s'attachent aux gens aux prises avec des problèmes et des difficultés, ce sont eux qui trouvent les solutions. Il y a beaucoup de gens intelligents. Ils en ont accompli tellement, et ils sont prêts à offrir une contribution. Plus vous réussissez à mobiliser de gens du milieu des affaires, mieux vous vous en porterez, et vous dites que vous en avez seulement deux à votre conseil?

**Mme Matchim :** Oui.

**Le sénateur Cochrane :** J'espère que vous tentez d'en mobiliser d'autres.



**Ms. Matchim:** Absolutely.

**Senator Cochrane:** Yes, put a push on.

**Ms. Matchim:** We will.

The role of our major corporate sponsor who has just come onboard is to champion the involvement of other businesses. It has been a huge challenge to involve business in discussions about poverty reduction. It is very difficult.

**Senator Cochrane:** You have two, and from there it will go.

**Ms. Matchim:** Definitely.

**Senator Cochrane:** In the Makin' it Work program, nine individuals were employed out of the fourteen. Are they still employed?

**Ms. Matchim:** Out of the nine, I believe that two or three have since left employment. One of them, I know, is because she could not find child care evenings and weekends and it just was not worth working for \$12 an hour. This is why we want the policy discussions hand in hand with Makin' it Work because everyone talks about Makin' it Work and what a success it is. However, we need to look at why some of those people left their positions and why the ones who did not take the positions did not take them. That is what is really exciting about that initiative and that is what we want to continue to do.

The rest of them are working, and several of them have moved on to permanent, full-time status with benefits. I ran into one of them in Wal-Mart the other day, and she said, "I am on holidays, paid holidays, I get benefits." I mean, this is someone who was an Income Support recipient for several years.

**Senator Cochrane:** I think it is fantastic.

**Ms. Matchim:** It is.

**Senator Cochrane:** My dear, this is wonderful. You must keep up the good work.

[Translation]

**Senator Pépin:** Ms. Scott told us that government funding had been reduced. The document states that it was reduced by 66 per cent. However, based on the testimony we heard today, it was my impression that there was significant support from the government. A 66 per cent decrease is huge! Has it been spread over several years?

[English]

**Ms. Scott:** I referred to the statistics from the NSBO Atlantic 2003 Report. I can certainly send you the website link so you can have a quick look at that. That is 66 per cent of voluntary organizations indicated that was an issue that they had been

**Mme Matchim:** Certainement.

**Le sénateur Cochrane:** Oui, allez-y fort.

**Mme Matchim:** C'est ce que nous ferons.

Le rôle de notre société commanditaire principale, qui vient de se joindre à nous, est de stimuler la participation d'autres entreprises. Nous avons fait face à un défi de taille lorsque nous avons invité les gens d'affaires à participer aux discussions au sujet de la réduction de la pauvreté. Cela a été très difficile.

**Le sénateur Cochrane:** Vous en avez deux, et vous irez plus loin à partir de là.

**Mme Matchim:** Certainement.

**Le sénateur Cochrane:** Dans le cadre du programme Makin' it Work, neuf personnes sur quatorze ont décroché un emploi. Ont-ils conservé leur poste?

**Mme Matchim:** Sur les neuf, je crois que deux ou trois personnes ont quitté leur emploi depuis. L'une d'entre elles, je sais, a démissionné parce qu'elle ne pouvait pas trouver de garderie pendant les soirées et les fins de semaine; avec son salaire de 12 \$ l'heure, elle ne pouvait tout simplement pas joindre les deux bouts. C'est pourquoi nous voulons tenir les discussions stratégiques de concert avec les responsables de Makin' it Work parce que tout le monde parle du succès de ce programme. Toutefois, nous devons nous demander pourquoi certaines de ces personnes ont quitté leur emploi, et pourquoi certaines personnes n'ont pas accepté les postes. C'est cela qui est vraiment passionnant au sujet de cette initiative, et c'est cela que nous voulons continuer de faire.

Le reste d'entre elles travaillent, et plusieurs sont passées à des postes permanents à temps plein assortis d'avantages sociaux. J'en ai croisé une au Wal-Mart l'autre jour, et elle a dit : « Je suis en vacances, des vacances payées, j'ai des avantages sociaux. » Je veux dire, c'est une personne qui a bénéficié du soutien du revenu pendant plusieurs années.

**Le sénateur Cochrane:** Je crois que c'est fantastique.

**Mme Matchim:** Ça l'est.

**Le sénateur Cochrane:** Ma chère, c'est merveilleux. Vous devez continuer votre bon travail.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Mme Scott nous a dit qu'il y avait une réduction du financement du gouvernement. On mentionne dans le document une réduction de 66 p.100. Toutefois, suite aux témoignages qu'on a entendus aujourd'hui, j'avais l'impression qu'il y avait un appui important du gouvernement. Une réduction de 66p. 100 c'est énorme! Est-ce une réduction étalée sur plusieurs années?

[Traduction]

**Mme Scott:** Je me suis fondée sur les statistiques du rapport NSBO de l'Atlantique de 2003. Je pourrais certainement vous envoyer le lien Internet pour que vous puissiez y jeter un coup d'œil. Une proportion de 66 p. 100 des organisations bénévoles

grappling with which reduced their ability to fulfil their mission and goals. Close to 70 per cent of the groups reported that at some point, yes, they had experienced a reduction. That is classic and chronic in the voluntary sector. What often happens is you get 6 months of funding and you try to stretch out over 12 months. It is an innovation project and then it is gone, and it does not have legs and it does not continue.

**Senator Pépin:** I know.

**Ms. Scott:** Everyone has the same problem, one of many problems.

**The Chair:** Thank you both very much. That was really enlightening. I do not know where your energy comes from, but you certainly are enthused and I wish you all the best.

**Ms. Scott:** Thank you very much. We are also extremely interested in the committee that is looking into the federal anti-poverty strategy. There has been a whole layer of really good work in communities about poverty reduction strategies. Of course, you know all about the Newfoundland strategy, or I guess you are going to hear more about it, but these are the kinds of things that people in the voluntary community-based sector have been talking also for many years and want to continue to be involved with, you know, in a collaborative way. We really appreciate the invitation today.

**The Chair:** We thought we had to address both those subjects at the same time. Senator Eggleton is chairing that particular subcommittee and I am the deputy chair, so we are getting the cross-over we need, we hope, to build the base that is necessary to change things.

The committee adjourned.

---

ST. JOHN'S, Wednesday, May 21, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Good morning, honourable senators and guests. Welcome, everybody. We have an outstanding panel this morning. We look forward to hearing from everyone. Our time will be a little short, because we have to finish just a bit before noon, but I am sure we are going to learn a great deal.

ont indiqué que c'était un problème avec lequel ils se débattaient depuis un moment, ce qui a nui à leur capacité d'accomplir leur mission et leurs objectifs. Près de 70 p. 100 des groupes ont signalé que, à un certain point, oui, ils avaient été soumis à une réduction. C'est une situation classique et chronique dans le secteur bénévole. Ce qui arrive souvent, c'est qu'on obtient un financement pour six mois, et on tente de le faire durer pendant 12 mois. C'est un projet novateur, puis c'est fini, on lui a coupé les ailes, et il ne peut plus continuer.

**Le sénateur Pépin :** Je sais.

**Mme Scott :** Tout le monde a le même problème, un parmi bien d'autres.

**Le président :** Merci beaucoup à toutes les deux. C'était vraiment instructif. Je ne sais pas d'où vous tirez votre énergie, mais vous êtes certainement enthousiastes, et je vous souhaite la meilleure des chances.

**Mme Scott :** Merci beaucoup. Nous sommes très intéressées par les travaux du comité qui se penche sur la question de la stratégie fédérale de lutte contre la pauvreté. Il y a beaucoup d'excellent travail qui s'est fait dans les collectivités dans le cadre de stratégies de réduction de la pauvreté. Bien sûr, vous savez tout sur la stratégie de Terre-Neuve, ou j'imagine que vous entendrez encore d'autres témoignages à ce sujet, mais c'est le genre de choses dont parlent les gens du secteur bénévole communautaire depuis bien des années, et ils veulent continuer à participer, vous savez, en collaboration. Nous vous sommes très reconnaissantes de votre invitation aujourd'hui.

**Le président :** Nous pensions que nous devions aborder ces deux sujets en même temps. Le sénateur Eggleton préside le sous-comité en question, et je suis le vice-président; ainsi, nous nous assurons du chevauchement nécessaire, espérons-nous, afin de jeter les fondements dont on a besoin pour changer les choses.

La séance est levée.

---

ST. JOHN'S, le mercredi 21 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Je souhaite le bonjour aux honorables sénateurs et à nos invités. Bienvenue à tous. Nous recevons ce matin un groupe de témoins extraordinaires. Nous avons hâte d'entendre ce que tout le monde a à dire. Nous ne disposons que de peu de temps, puisque nous devons mettre fin à la séance juste avant midi, mais je suis sûr que nous allons apprendre beaucoup de choses.



We are very excited about what we heard yesterday. We came here feeling this was a model that we were going to incorporate into our report and advocate implementation of, either this model or something very similar across the country. We are more convinced than ever, so we look forward to what you all have to say this morning.

Starting from left to right on the panel, we have Joy Maddigan, Assistant Deputy Minister with the Department of Health and Community Services. Then we have Aisling Gogan — who is making her third appearance before the committee — who is the Director, Poverty Reduction Strategy, Department of Labour, Human Resources and Employment.

We also have with us Gerald Crane from the Rural Secretariat, Executive Council; Sergeant Doug Ross, a Non-Commissioned Officer in charge of RCMP Corporate Planning and Client Services Foundation in Newfoundland; Lisa Browne, who is the deputy mayor of Clarenville and from Eastern Health; Susan Green from the Kids Eat Smart Foundation; and Christine Snow from Capital Coast Development Alliance. I hope I got all of your connections correct.

We will begin with you, Joy, if you are agreeable.

**Joy Maddigan, Assistant Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador:** I do want to you thank you for the opportunity to be here today. My remarks will be brief.

My brief is entitled, "Community Accounts: A Resource to Strengthen Population Health in Newfoundland and Labrador." If I were to pinpoint one place where I really see Community Accounts, CAs, rising out of the ashes in the health system, it would be in relation to population health. Community Accounts is an information system, albeit a very interesting one with great value, no question.

In order to really appreciate the value and the impact of Community Accounts on the health and community services system, it is important that I put the health system in some context in relation to Community Accounts because it is the support that it brings to the system that I really want to stress today.

I have been in the health system for 30-plus years, so it is something I have thought a lot about and studied a lot about, that is for sure. One of the things that I have seen an enormous increase in over my career is the amount of health planning that we currently do in the health system.

There are a couple of factors that really have pushed that along. Certainly, as the system gets more complex, which we all know it will, the need to do well-thought-out thorough planning will be extremely important. Again, CAs have been one of the cornerstones of health planning in our province, I would say, certainly in the last five to eight years, that is for sure.

Les témoignages que nous avons entendus hier nous ont beaucoup enthousiasmés. Nous sommes arrivés ici avec le sentiment que nous allions proposer dans notre rapport l'idée d'appliquer le modèle en vigueur dans la province ou un modèle très semblable à l'échelle du pays. Nous en sommes plus convaincus que jamais, alors nous avons hâte d'entendre ce que vous tous avez à dire ce matin.

À gauche complètement se trouve Mme Joy Maddigan, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Services sociaux. À sa droite se trouve Mme Aisling Gogan — qui comparait pour la troisième fois devant le comité —, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté, ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador.

Nous recevons également M. Gerald Crane, du Secrétariat rural, Conseil exécutif, le sergent Doug Ross, sous-officier responsable de la planification générale et du service à la clientèle de la GRC pour Terre-Neuve, Mme Lisa Browne, adjointe au maire de Clarenville et membre de Eastern Health, Mme Susan Green, de la Kids Eat Smart Foundation, ainsi que Mme Christine Snow, de la Capital Coast Development Alliance. J'espère que je ne me suis pas trompé dans vos titres.

Nous allons commencer par vous, Joy, si vous êtes d'accord.

**Joy Maddigan, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Je tiens à vous remercier de m'avoir invitée ici aujourd'hui. Mes observations vont être brèves.

Mon mémoire s'intitule « Community Accounts : A Resource to Strengthen Population Health in Newfoundland and Labrador ». Si je devais choisir un domaine où, selon moi, les comptes communautaires ou CC resurgissent des cendres du réseau de la santé, ce serait le domaine de la santé des populations. Les comptes communautaires sont un système d'information, quoiqu'il s'agit d'un système très intéressant et d'une grande valeur, sans aucun doute.

Pour qu'on comprenne bien la valeur des comptes communautaires et l'incidence de ceux-ci sur le réseau de services communautaires et de soins de santé, il importe que je définisse le contexte du réseau de la santé en ce qui a trait aux comptes communautaires, parce que c'est sur le soutien que ceux-ci offrent au réseau que je souhaite réellement insister aujourd'hui.

Je travaille au sein du réseau de la santé depuis plus de 30 ans, alors c'est une chose à laquelle j'ai beaucoup réfléchi et que j'ai beaucoup étudiée, ça, c'est sûr. L'une des choses que j'ai vu prendre beaucoup d'importance au cours de ma carrière, c'est la planification que nous faisons dans le réseau de soins de santé.

Cette situation est attribuable à deux ou trois facteurs importants. Il est clair qu'il va être extrêmement important de faire une planification réfléchie au fur et à mesure que le réseau va se complexifier, ce qui, nous le savons, va arriver. Les CC ont été l'une des pierres d'assise de la planification des soins de santé dans notre province depuis, je dirais, au moins cinq à huit ans, c'est sûr.



The other thing that has really pushed the need to look at systems like CAs is the fact that, in the health system, the generation of data is becoming fairly significant and finding appropriate and effective ways to use that data is extremely important — there is no doubt about that.

In order to prepare for this today, I did an informal survey across our four regional health authorities as well as through the policy branch of my department. About 12 people gave me some kind of informal information about Community Accounts in their world. One of the things that came out most strongly, the strongest feedback that I received from all, is that the aspects related to planning is where Community Accounts really shows itself. It is not the only place where Community Accounts really shows itself, but certainly one of the primary places right now in the health system.

From demographic factors to health outcomes, CAs data is used in a variety and a range of different ways. It guides program decisions. It helps with research proposal development and certainly contributes to any number of policy development initiatives, which I will touch on in a little while.

I think, without doubt, all the regional health authorities and certainly our own department identified both strategic planning and operational planning as really having been enhanced or facilitated by the use of Community Accounts. In order to really appreciate, I believe, what Community Accounts has to offer, I would like to take a minute and step back, if you will, to put a little more context around it.

I recently came across a really interesting article that talked about how a health system can achieve a kind of quality and high value for its citizens, for its residents. This process was described by Berwick, Nolan and Whittington and is a 2008 article. It says that for the health system to thrive we really need to pay attention to three interlocking goals. I love them because they are so simple. I am always looking for ways to describe things in the health system in a very pragmatic and down-to-earth way.

You cannot look at the three goals separately. Berwick, Nolan and Whittington stress that the goals are interlocking. The first one they talk about is improving the individual experience of care. As a health professional, that is extremely important to me.

The second goal, and I thought it was quite appropriate for the group today, is about improving the health of the population. The third goal is to reduce the per capita cost of care. As someone who has been sitting in a health department for a number of years, those three goals had real resonance for me. Even more telling is

L'autre chose qui a réellement mis en lumière le besoin d'envisager des systèmes comme les CC, c'est le fait que, dans le réseau de la santé, la quantité de données générées commence à être très grande, et il devient extrêmement important de trouver des façons appropriées et efficaces d'utiliser ces données — cela ne fait aucun doute.

Pour me préparer à la séance d'aujourd'hui, j'ai mené une petite enquête officieuse auprès de nos quatre régies régionales de la santé ainsi qu'auprès de la direction générale des politiques de mon ministère. Environ 12 personnes m'ont donné de l'information officieuse au sujet des comptes communautaires dans leur milieu. L'une des choses qui sont ressorties le plus clairement de cette enquête, la rétroaction la plus forte que j'ai reçue de la part de tous et chacun, c'est que c'est par rapport aux aspects liés à la planification que les comptes communautaires donnent le plus de résultats. Ce n'est pas seulement à cet égard qu'ils donnent des résultats, mais c'est assurément l'un des domaines les plus importants où c'est le cas dans le réseau actuel.

Les données des CC, qui vont des facteurs démographiques aux résultats en matière de santé, sont utilisées toutes sortes de façons différentes. Elles orientent les décisions relatives au programme. Elles sont utilisées pour la rédaction de propositions de recherche et certainement aussi dans le cadre de toutes sortes d'initiatives d'élaboration de politiques, ce dont je vais reparler tout à l'heure.

Je pense qu'il ne fait aucun doute que toutes les régies régionales de la santé, et, assurément, notre propre ministère, ont déterminé que la planification stratégique et la planification des activités sont grandement améliorées ou facilitées par le recours aux comptes communautaires. Pour qu'on se fasse une bonne idée, je pense, de ce que les comptes communautaires ont à offrir, j'aimerais prendre quelques instants pour mettre les choses en perspective.

Je suis récemment tombée sur un article très intéressant qui portait sur la façon dont un réseau de la santé peut offrir des services de qualité et de grande valeur aux citoyens concernés, aux résidents du territoire qu'englobe ce réseau. Le processus a été décrit par Berwick, Nolan et Whittington, et il s'agit d'un article publié en 2008. Selon cet article, pour qu'un réseau de la santé donne de bons résultats, il faut prêter attention à trois buts interdépendants. J'aime beaucoup ces buts, parce qu'ils sont énoncés de façon très simple. Je cherche toujours des façons de décrire les choses liées au réseau de la santé de façon très pragmatique et terre à terre.

On ne peut envisager ces trois buts séparément. Berwick, Nolan et Whittington insistent sur le fait qu'ils sont interdépendants. Le premier but dont ils parlent, c'est l'amélioration de l'expérience de soins vécue par les patients. Comme professionnelle de la santé, je trouve que c'est quelque chose d'extrêmement important.

Le deuxième but — et j'ai pensé que c'était quelque chose de très pertinent pour le groupe qui est ici aujourd'hui —, c'est l'amélioration de la santé des populations. Le troisième but, c'est la réduction du coût par habitant des soins de santé. Comme je travaille au sein d'un ministère de la santé depuis de nombreuses

that in order to reach those three goals a health system needs to have three pre-conditions, and it is the pre-conditions, I think, where we really see the value of Community Accounts.

The three necessary pre-conditions for the effective accomplishment of what is termed "The Triple Aim" — those three goals — are, first, the recognition of a population as a unit of concern. The second is to have sort of the parameters of your intervention or your program well defined, so externally supplied policy constraints and frameworks. We are talking about best practices and things like that here. Third, and I think this resonates again with many people, is the existence of some mechanism, some person, some vehicle that allows an integration across the full system of care, so that the population can achieve positive results on the three goals of the health system: their individual experience, their health as a group, as well as sustainability, a system that is affordable and effective.

When I looked at those three pre-conditions, understanding the population of concern is where Community Accounts has proven to be such a bonus and benefit to us. This is where it plays probably its most vital role right now in the health system. As we know, a population of concern does not have to be a geographic one, although Community Accounts very much helps us with a catchment area and geographic boundaries for sure. We can understand a system and we can understand a population, when we think about the notion of enrolment. Our registries that track people over time really help us understand the population of concern and know their characteristics.

In a sense, Community Accounts gives us a little bit of that registry for communities and for populations in our province, and it really helps us track and understand the various things that happen over time. Without a doubt that is how we can begin to know our population. If we know them well, then we can help improve the health of the group as well as understand how to make costs a little more acceptable in the system.

The main point I would make in terms of Community Accounts and the work that we have done in Newfoundland is that it has allowed us to understand the population that we serve in a much more thorough and important way. Given that that is one of the three pre-conditions to how we build a better health system, it is pretty clear how important Community Accounts can be and has been to the work that we do.

années, ces trois objectifs trouvent un réel écho chez moi. Ce qui est encore plus révélateur, c'est que, pour atteindre ces trois buts, un réseau de la santé doit respecter trois conditions préalables, et ce sont ces conditions préalables qui, selon moi, nous permettent de vraiment nous faire une idée de la valeur des comptes communautaires.

Les trois conditions préalables à la réalisation efficaces de ce qu'on appelle « le triple objectif » — ces trois buts — sont, premièrement, le fait de voir une population comme une unité de préoccupation. La deuxième condition, c'est de bien définir les paramètres de l'intervention du programme, c'est-à-dire d'avoir des contraintes ou des cadres stratégiques fournis de l'extérieur. Il s'agit de pratiques exemplaires et d'autres choses du genre. Troisièmement, et je pense que c'est quelque chose qui touche beaucoup de gens, c'est l'existence d'un mécanisme, d'une personne, d'un moyen permettant l'intégration de l'ensemble du réseau de soins, de façon que la population puisse obtenir des résultats positifs en ce qui concerne les trois buts du réseau de la santé : l'expérience vécue par les patients, la santé du groupe, ainsi que la durabilité, et un réseau abordable et efficace.

Lorsque j'ai jeté un coup d'œil sur ces trois conditions préalables, je me suis aperçue que c'est en nous permettant de comprendre la nature de la population préoccupante que les comptes communautaires ont prouvé qu'ils étaient quelque chose d'intéressant pour nous. C'est à cet égard qu'ils jouent probablement le rôle le plus essentiel à l'heure actuelle au sein du réseau de la santé. Comme nous le savons, une population préoccupante n'est pas nécessairement confinée à une région géographique, quoique les comptes communautaires nous seront très utiles en définissant une zone desservie et des limites géographiques, c'est sûr. Nous arrivons à comprendre la nature d'un réseau et la nature d'une population lorsque nous réfléchissons à l'idée d'inscription. Nos registres qui permettent de suivre les gens au fil du temps nous permettent vraiment de nous faire une idée de la population préoccupante et de ses caractéristiques.

En un sens, les comptes communautaires remplissent un peu la même fonction que ce registre pour les collectivités et pour les populations de notre province, et ils nous aident vraiment à surveiller et à comprendre les différentes choses qui se produisent au fil du temps. Il ne fait aucun doute que c'est ainsi que nous sommes en mesure de commencer à comprendre la nature de notre population. Si nous arrivons à bien la comprendre, cela nous permet d'améliorer la santé du groupe ainsi que de trouver des façons de rendre les coûts un peu plus acceptables au sein du réseau.

La principale chose que je vous dirais au sujet des comptes communautaires et du travail que nous avons effectué à Terre-Neuve, c'est que cela nous a permis de nous faire une idée beaucoup mieux définie et approfondie de la population à laquelle nous offrons des services. Vu qu'il s'agit de l'une des trois conditions préalables à la mise sur pied d'un meilleur réseau de la santé, il est clair que les comptes communautaires peuvent jouer un rôle important et qu'ils ont joué un rôle important dans le travail que nous faisons.



I do not want to take up much time, but I do want to touch on a couple of initiatives, if you will, in the health system. The one that I look to most clearly is primary health care reform. We have as a province worked hard to bring about change in that first level of our health system. I will not pretend to you at all that we have been wildly successful at this point in time. We have a vision. We know where we want to go, but certainly the journey has not been as fast as I know I and others would like. Nonetheless, we see primary health care reform as a critical foundation to building a strong health system.

As you know, primary health care refers to both a philosophy and a way of organizing team-based services that targets a defined population and provides a broad range of programs and services from prevention and promotion right through to rehabilitation, supportive care and palliation.

As we also know but do not address properly, I do not think, is that about 70 per cent to 80 per cent of the health system is primary health care. Hence, I try to remember that when I get frustrated with the slow pace of change. Even though we can describe primary health care fairly succinctly, I think, bringing the change about for primary health care certainly has not been succinct in that way. Primary health care illustrates most clearly how knowing our population really influences how the health system responds and acts.

As we get to know our population, which is one of the pre-conditions of the Triple Aim, rather than take a reactive approach to the problems that present to us at the door, which we will always do, we are in a much better position to take a proactive or upstream approach to how to make the health system less important in the lives of Canadians. I do not mean to minimize the importance of the system, but I think for all us, and I know for me, being healthy means you do not have to interact with the health system, other than in a preventive and promotive way. That is where I would like to see most of our citizens, that is for sure.

As a province, we have tried to develop primary health care by looking at particular geographic areas and determining the number of providers and types of health providers that are needed, as well as what are the priority health problems or conditions that that group of residents presents to us. Community Accounts has enabled us to get very good descriptions and understandings of small populations within our province.

Some of our primary health care team areas have populations of only 6,000 or 7,000 people. Hence, when people in the health regions looked at developing primary health care teams, they were really able to understand the kinds of conditions that people in

Je ne veux pas parler pendant trop longtemps, mais je veux aborder deux ou trois initiatives relatives au réseau de la santé. Celle qui me semble la plus évidente, c'est la réforme des soins de santé primaires. Nous avons travaillé dur, dans la province, pour apporter des changements à ce premier niveau de notre réseau de la santé. Je ne vais pas prétendre devant vous que nous avons connu un succès extraordinaire jusqu'à maintenant. Nous avons une vision. Nous savons dans quelle direction nous voulons aller, mais il est certain que les choses ne se sont pas passées aussi rapidement que je l'aurais souhaité et que d'autres aussi l'auraient souhaité. Néanmoins, nous voyons la réforme des soins de santé primaires comme un élément fondamental pour la mise sur pied d'un réseau de la santé fort.

Comme vous le savez, les soins de santé primaires sont à la fois un ensemble de principes et une façon d'organiser des services fondés sur des équipes qui ciblent des populations définies et qui offrent tout un éventail de programmes et de services, de la prévention et de la promotion jusqu'à la réadaptation, en passant par l'intervention de soutien et la palliation.

Une autre chose que nous savons, mais dont nous ne tenons pas suffisamment compte, à mon avis, c'est que de 70 à 80 p. 100 environ de notre réseau de la santé sont axés sur les soins de santé primaires. Ainsi, j'essaie de m'en souvenir lorsque la lenteur avec laquelle se déroulent les changements devient pour moi une source de frustration. Nous pouvons décrire les soins de santé primaires de façon assez succincte, je pense, mais le processus de changement dans ce domaine ne se déroule pas rapidement pour autant. Les soins de santé primaires sont le meilleur exemple de ce que la connaissance de notre population a une incidence réelle sur le fonctionnement du réseau de la santé.

En apprenant à connaître notre population, ce qui est l'une des conditions préalables à la réalisation du triple objectif, plutôt que d'adopter une approche réactive aux problèmes qui surviennent, ce que nous allons toujours faire, nous nous trouvons dans une bien meilleure position pour adopter une approche proactive et en amont quant à la façon de réduire l'importance du réseau de la santé dans la vie des Canadiens. Je ne veux pas minimiser l'importance du réseau, mais je pense que pour nous tous, et pour moi, en tout cas, le fait d'être en santé suppose des interactions moins importantes avec le réseau de la santé, sauf en ce qui concerne les volets de prévention et de promotion. C'est dans cette situation que j'aimerais voir se trouver la plupart des citoyens de notre province, c'est sûr.

Dans notre province, nous avons essayé d'organiser les soins de santé primaires en étudiant des régions géographiques précises et en déterminant le nombre et le type de fournisseurs de soins de santé qui sont nécessaires, ainsi que les problèmes de santé ou les affections prioritaires de ce groupe de résidents. Les comptes communautaires nous ont permis de faire de très bonnes descriptions des petites populations de notre province et de nous en faire une très bonne idée.

Certaines de nos équipes de soins de santé primaires s'occupent de populations de 6 000 ou 7 000 personnes seulement. Ainsi, lorsqu'on a envisagé de mettre sur pied des équipes de soins de santé primaires dans les différentes régions sanitaires, on a été en



that region had. We have used Community Accounts in every one of those community assessments in primary health care, and right now we have 11 active team areas and certainly many more that are waiting to be active.

As I said, Community Accounts has proven invaluable in helping us to take a forward-looking approach to health and community services. Not only has it been of great value to the professionals and providers in the system, but each of the primary health care team areas also have a community advisory committee made up of citizens in that catchment area who have an interest in health and have some willingness to participate in working to make the health of Newfoundlanders and Labradorians better. Community Accounts has proven to be such a great resource for those people, to set some of their own priorities in their areas and to determine what kinds of things they want to tackle. We have had community advisory committees who have looked at snowmobile safety, for instance, and have done some great campaigns in their region about keeping people safe when using those kinds of vehicles. Smoking awareness and weight initiatives are other examples. When they have looked at the data of Community Accounts, it has really helped them determine where they want to focus as a community.

I do not want to leave you with the impression that it is only for planning that we use Community Accounts, because, while that may be right now the primary place for it, it is used in a whole lot of different ways. We certainly use CAs in evaluations of our programs and services. Public health nursing has used Community Accounts to look at potential workloads in various districts based on the health profile of that group. We certainly use it to obtain baseline measures and indicators, the kind of things we want to track and measure. It provides some context for us many times. For example, when we have a budget request or a budget ask, we can use that data to really make a compelling case for why we want to move in certain areas. The development of grant proposals and research proposals has also benefitted much from the Community Accounts system.

Most of the divisions within the policy branch use Community Accounts for various things. We have developed a number of provincial policies in the last number of years. We have a major healthy aging policy that use Community Accounts extensively, a major mental health and addictions policy that was very much enhanced by Community Accounts. As well, we bring Community Accounts to our FPT work across the country. In particular, our division of Aging and Seniors has used CAs information to help with some of the major public awareness nationally that is being done.

mesure de se faire une idée du genre d'affections que les gens avaient dans ces régions. Nous avons eu recours aux comptes communautaires pour effectuer chacune de ces évaluations communautaires en matière de soins de santé primaires, et, à l'heure actuelle, il y a 11 équipes actives, et certainement beaucoup d'autres équipes prêtes à entrer en action.

Comme je le disais, les comptes communautaires se sont révélés être un outil précieux pour ce qui est de nous aider à envisager les services communautaires et de santé en tenant compte de l'avenir. Non seulement ceux-ci ont-ils été très utiles aux professionnels et fournisseurs du réseau, mais chacune des équipes de soins de santé primaires s'assortit également d'un comité consultatif communautaire formé de citoyens de la zone desservie qui s'intéressent à la santé et qui sont prêts à participer au travail visant l'amélioration de la santé des habitants de Terre-Neuve-et-Labrador. Les comptes communautaires se sont révélés être une ressource très précieuse pour ces gens, qu'ils ont utilisée pour déterminer leurs propres priorités dans leurs domaines et le genre de problèmes auxquels ils voulaient s'attaquer. Certains comités consultatifs communautaires se sont par exemple penchés sur la question de l'utilisation sécuritaire de la motoneige, et ils ont conçu d'excellentes campagnes de sensibilisation dans leur région sur les mesures que les gens devraient prendre lorsqu'ils utilisent ce genre de véhicules. Il y a eu aussi des initiatives sur le tabagisme et sur le surplus de poids. La possibilité d'examiner les données des comptes communautaires leur a vraiment permis de choisir ce sur quoi ils voulaient se concentrer, comme collectivité.

Je ne veux pas que vous ayez l'impression que c'est seulement pour la planification que nous utilisons les comptes communautaires, parce que si c'est à l'heure actuelle le principal domaine dans lequel nous nous en servons, ces comptes sont utilisés de toutes sortes de façons différentes. Nous les utilisons à coup sûr lorsque nous évaluons nos programmes et nos services. Les infirmières en santé publique ont utilisé les comptes communautaires pour examiner les charges de travail potentielles dans différents districts en fonction du profil sanitaire de ce groupe. Nous utilisons aussi les CC pour obtenir des mesures et des indicateurs de base, le genre de choses que nous voulons surveiller et mesurer. Ils nous offrent des éléments de contexte dans bien des occasions. Lorsque nous devons présenter une demande de budget, par exemple, nous pouvons utiliser ces données pour avancer de bons arguments afin de justifier les orientations que nous voulons nous donner. L'élaboration de propositions de subventions et de propositions de recherche a également beaucoup profité du système des comptes communautaires.

La plupart des sections de la direction générale des politiques ont recours aux comptes communautaires pour faire différentes choses. Nous avons établi un certain nombre de politiques provinciales au cours des dernières années. L'une de nos politiques importantes, qui concerne le fait de vieillir en santé, est en grande partie fondée sur les comptes communautaires, et il y en a une autre, celle-là portant sur la santé mentale et la dépendance que les comptes communautaires ont permis d'améliorer grandement. Par ailleurs, nous utilisons les comptes communautaires dans le cadre de nos travaux FPT à l'échelle du

One of the things that has also been of great benefit to us is the fact that Community Accounts will help us build our infrastructure maps. For example, we recently did a fairly extensive presentation to cabinet about the health system, and one of the most compelling things in that presentation was a series of maps that showed our four health regions, over which we were able to lay the location of our major hospitals and health centres, as well as the location of our clinics and long-term care homes. By the time we had finished laying onto those maps the location of our services and what we provided, people had a little more respect, if you will, for some of our struggles and concerns within the health system. It was quite overwhelming to some to see the extent of where the health system is, which is pretty well in every nook and cranny of the province.

I will conclude by saying that one of the reasons that Community Accounts has been as effective as it is has to do with the Community Accounts staff and the stats agency in and of itself. Not only have they built a system that is really fun and ready to use, but you get something out of it almost immediately as you sit down. So all those needs for instant gratification are met by Community Accounts, which is a real seller if you want to keep people involved in it. What has been the real success of Community Accounts is the open and collaborative relationship people who have developed that system have with the users of that system. It really has been, in my opinion, such a collaborative effort to ensure that the data that is there are the data that are needed by the health system.

I will finish by saying that Community Accounts has been wholeheartedly endorsed by Health and Community Services, and for many reasons other than what I have been able to describe to you today as well. It really is a fantastic and well-used system.

**The Chair:** Thank you very much, Joy.

We will go next to Aisling Gogan.

**Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy, Department of Human Resources, Labour and Employment, Government of Newfoundland and Labrador:** Thank you. I am not sure this statistics agency is used to being described as providing "instant gratification," but I am sure they will be pleased by that description.

I am very pleased to be here again today as well. In follow-up to the discussion yesterday with Minister Skinner and my Assistant Deputy Minister, Lynn Vivian-Book, I want to highlight the value of Community Accounts to the work of the Poverty Reduction Strategy. As Joy just described, it is an incredibly valuable tool in terms of being able to provide information instantly.

pays. La section du vieillissement et des aînés de notre ministère, en particulier, a puisé de l'information dans les CC pour contribuer à certaines des grandes campagnes de sensibilisation de la population en cours à l'échelle nationale.

Une autre chose qui nous a également beaucoup aidés, c'est le fait que les comptes communautaires vont nous aider à dresser nos cartes d'infrastructure. Nous avons par exemple récemment présenté un exposé assez complet au Cabinet sur le réseau de la santé, et l'un des éléments les plus convaincants de cet exposé était une série de cartes sur lesquelles figuraient nos quatre régions sanitaires, sur lesquelles nous avons indiqué l'endroit où se trouvent nos grands hôpitaux et nos grands centres de soins de santé, ainsi que nos cliniques et nos foyers de longue durée. Le temps que nous précisions où se trouvent ces services et leur nature, les personnes présentes avaient acquis un peu plus de respect, si vous voulez, pour certains de nos combats et certaines de nos préoccupations en ce qui concerne le réseau de la santé. Certaines personnes ont été très impressionnées par la portée du réseau de la santé, qui a des ramifications un peu partout dans la province.

Je vais conclure en vous disant que l'efficacité des comptes communautaires est en partie attribuable au personnel qui s'en occupe et au bureau de la statistique en soi. Non seulement, ces gens ont mis sur pied un système agréable et prêt à utiliser, mais celui-ci permet d'obtenir des résultats dès qu'on commence à l'utiliser ou presque. Les comptes communautaires répondent donc aux besoins de récompenses immédiates, et c'est un bon argument de vente, si vous voulez que les gens continuent d'être intéressés. Le véritable succès des comptes communautaires tient à la relation de collaboration ouverte que les concepteurs et les utilisateurs du système entretiennent. À mon avis, il y a vraiment eu un effort de collaboration visant à s'assurer que les données qui figurent dans le système sont celles dont on a besoin dans le réseau de la santé.

Je vais terminer en disant que les services communautaires et de santé ont adopté avec enthousiasme les comptes communautaires, et aussi pour de nombreuses autres raisons que celles que j'ai pu vous décrire aujourd'hui. C'est vraiment un système fantastique qu'on utilise beaucoup.

**Le président :** Merci beaucoup, Joy.

Nous allons maintenant écouter Mme Aisling Gogan.

**Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté, ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Merci. Je ne suis pas sûre que les gens de ce bureau de la statistique sont habitués d'entendre dire que leur service offre une « récompense immédiate », mais je suis sûre cependant que cela va leur faire plaisir.

Je suis très heureuse aussi d'être de nouveau ici aujourd'hui. Pour donner suite à la discussion d'hier avec le ministre Skinner et ma sous-ministre adjointe, Mme Lynn Vivian-Book, je veux mettre en lumière l'utilité des comptes communautaires dans le cadre du travail d'application de la Stratégie de réduction de la pauvreté. Comme Joy vient de le dire, c'est un outil d'une valeur incroyable pour ce qui est de fournir de l'information sans délai.



I will discuss some challenges with it later because some of the questions that were asked yesterday during the session on the Poverty Reduction Strategy did relate to some challenges with the Community Accounts. I will try to answer some of those questions in my remarks and, certainly, you can obviously ask more questions at the end.

In terms of thinking about poverty reduction — and I know this came out a little bit yesterday — Community Accounts to date has been an incredibly valuable tool for engaging our community partners and, indeed, I think, for allowing them to engage us for having that two-way dialogue. It is very important that we are speaking about individuals in their communities and not just those that are connected in some way to a bigger organization. It gives our community partners, as well as just individuals out in the communities, access to evidence from what has been accepted as a neutral source. That has been really important in terms of sharing knowledge and power.

In our consultations and our ongoing dialogue with our community partners and with individuals, I have had information from Community Accounts being used in a number of different ways, and that has included information on income levels, information on Income Support use, EI use, health status, demographic characteristics, all different things that have been provided.

You do not have to go back very far — and it would have been unimaginable for even us as government officials to have had that kind of information at our fingertips, let alone to have been able to provide to our community partners. It is a significant step forward in terms of allowing us all to make decisions based on evidence and have a shared understanding. That has been really critical in terms of the level of dialogue that we have had around poverty reduction and our ability to set priorities and come to an agreement with our community partners on what the priorities are. We all have the same information and it gives a really good starting place.

In addition to it being unimaginable to have been able to provide that information in the past — first of all community groups would have needed to know what they wanted to know, which is difficult to know if you do not know what is there. Then they would have had to request it. We probably would not have had the capacity to put it together. Even if we did, we would not have been making those connections between the different data sets that you see on Community Accounts, and I think that is part of what Joy was talking about. When you see the way it is laid out, it makes sense to people. It is as easy to understand as this stuff is ever going to be. It is complicated, but it makes it as easy to understand as it can be and, certainly, I know that is of great value to our community partners.

Je vais parler tout à l'heure de quelques problèmes que les comptes communautaires posent, parce que certaines des questions posées hier au cours de la séance sur la Stratégie de réduction de la pauvreté avaient trait à ces problèmes. Je vais essayer de répondre à quelques-unes de ces questions dans mon exposé, et vous pourrez évidemment me poser d'autres questions à la fin.

Pour ce qui est de la réflexion au sujet de la réduction de la pauvreté — et je sais que c'est quelque chose dont on a parlé un peu hier —, les comptes communautaires ont jusqu'à maintenant été un outil d'une incroyable valeur qui nous a permis de solliciter la participation de nos partenaires communautaires, et aussi, je pense, leur a permis de nous inciter à tenir un vrai dialogue avec eux. Il est très important que nous parlions des gens dans leurs collectivités, et non seulement de ceux qui ont un lien quelconque avec une organisation de taille plus importante. Les comptes communautaires offrent à nos partenaires communautaires ainsi qu'aux membres des collectivités un accès à des données provenant de ce qui est vu comme étant une source objective. C'est une chose très importante sur le plan du partage du savoir et du pouvoir.

Dans le cadre de nos consultations auprès de nos partenaires communautaires et de membres de la collectivité et du dialogue que nous entretenons de façon permanente avec eux, j'ai disposé d'information tirée des comptes communautaires qui a été utilisée de toutes sortes de manières, et il s'agit notamment d'information sur le revenu, sur le recours au Soutien du revenu et à l'AE, l'état de santé, les caractéristiques démographiques, toutes les choses différentes qui ont été fournies.

Pas besoin de revenir en arrière très loin... et il aurait été unimaginable, même pour nous, fonctionnaires, d'avoir ce genre d'information au bout des doigts, et encore moins d'être en mesure de la fournir à nos partenaires communautaires. C'est un grand pas en avant, pour ce qui est de nous permettre à tous de prendre des décisions fondées sur des données et de comprendre les choses de la même façon. Ça a vraiment été un élément essentiel pour ce qui est de la portée du dialogue sur la réduction de la pauvreté que nous avons eu et de notre capacité d'établir des priorités et d'en venir à une entente sur ces priorités avec nos partenaires communautaires. Nous disposons tous de la même information, et c'est vraiment un bon point de départ.

En plus du fait qu'il aurait été unimaginable d'être en mesure de fournir cette information dans le passé — premièrement, il aurait fallu que les groupes communautaires sachent ce qu'ils voulaient obtenir, ce qui est difficile lorsqu'on ne sait pas ce qui est offert. Ensuite, il aurait fallu qu'ils le demandent. Nous n'aurions probablement pas été en mesure de regrouper cette information. Même si nous avions été capables de le faire, nous n'aurions pas établi ces liens entre les différents ensembles de données qui existent dans les comptes communautaires, et je pense que ça fait partie de ce que Joy disait. La façon dont les données sont présentées est sensée aux yeux des gens. Ça ne sera jamais plus simple à comprendre que ça. C'est compliqué, mais la façon dont les données sont présentées ne pourra jamais être plus simple, et je sais que c'est un gros avantage pour nos partenaires communautaires.



I have also found that our community partners and other individuals have used CAs as a vehicle to be able to indicate what other information they would like to have. As we have been able to share information, they have been able to come forward and say that they are looking at a particular problem and do not have enough information. This came up yesterday in terms of some of the information that is being added to Community Accounts. There is the Community Crime and Social Vitality account and the work currently under way with community partners to start looking at how to measure risk of homelessness. I am going to talk about this a little bit more, but that is connected to our work on the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure. These have come from community coming forward and saying, "This is great information. It would be great if we also had this other information. It would really allow us to help with planning."

It allows community groups to take an evidence-based approach and a more integrated approach. It also gives them the power to hold government accountable for doing the same thing, because we have the same information, and I think that is very important.

One of the main values of Community Accounts is that we all have access to the same information, allowing us to work collaboratively in a way that was more difficult in the past.

Another important value of Community Accounts to poverty reduction is that it allows us to fill what we see as a serious information gap in understanding poverty in our province. Right now, when we look at overall measures of poverty, we have a variety of measures of low income that are produced by Statistics Canada, and those are national measures. They do not really tell us anything about poverty at the community level. They give an overall view of the province and how we compare to other provinces. They do not allow us to do any kind of analysis in terms of who exactly in our province is living in poverty. They do not allow us to look at any smaller geographic areas, only the province as a whole.

You can look at some things around the St. John's CMA — census metropolitan area — perhaps, but beyond that you cannot. You cannot look at any sub-groups because we are dealing with sample-size issues and reliability problems with the data.

We can look at other proxies, and that is what we have been doing, and that has been useful. It has allowed us to make decisions based on evidence. However, it has limited our ability to understand all aspects of the problem and to ensure that we are developing the most appropriate responses.

J'ai aussi constaté que nos partenaires communautaires et les autres personnes qui utilisent les CC les ont utilisés comme moyen de signaler quelle autre information ils aimeraient obtenir. Nous avons pu diffuser de l'information, et, par le même moyen, ils ont pu nous dire qu'ils se penchent sur tel ou tel problème et disposent d'information insuffisante là-dessus. On a abordé cette question hier lorsqu'on parlait de l'information qui est ajoutée aux comptes communautaires. Il y a le compte communautaire sur le crime et la vitalité sociale, ainsi que le travail qui est en cours, en collaboration avec les partenaires communautaires, et qui vise à trouver le moyen d'évaluer le risque de l'itinérance. Je vais en parler un peu plus, mais c'est lié au travail que nous faisons à Terre-Neuve-et-Labrador sur la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation. Ce sont des choses qui découlent du fait que des partenaires communautaires nous ont dit : « Cette information est extraordinaire. Ce serait super si nous pouvions aussi obtenir telle ou telle autre information. Ça nous permettrait vraiment de faire avancer la planification. »

Ça permet aux groupes communautaires d'adopter une approche fondée sur des données et qui soit davantage intégrée. Ils ont également ainsi le pouvoir d'obliger le gouvernement à faire la même chose, puisque celui-ci dispose des mêmes renseignements, et je pense que c'est quelque chose de très important.

L'un des principaux avantages des comptes communautaires, c'est que nous avons tous accès à la même information, ce qui nous permet de faire un travail de collaboration qui était plus difficile dans le passé.

Un autre avantage important des comptes communautaires par rapport à la réduction de la pauvreté, c'est qu'ils nous permettent de combler ce que nous jugeons être un grave manque d'information qui serait nécessaire pour comprendre le phénomène de la pauvreté dans notre province. À l'heure actuelle, pour ce qui est des mesures globales de la pauvreté, il y a un ensemble de mesures du faible revenu qui proviennent de Statistique Canada, et il s'agit de mesures nationales. Celles-ci ne nous apprennent rien sur la pauvreté à l'échelle communautaire. Elles nous donnent une idée générale de la situation de la province par rapport à celle des autres provinces. Elles ne nous permettent de faire aucune analyse pour déterminer qui exactement vit dans la pauvreté dans notre province. Elles ne nous permettent que d'envisager l'ensemble de la province, et non une région géographique plus petite.

Il est possible d'examiner certaines choses dans la RMR — la région métropolitaine de recensement — de St. John's mais c'est tout. Il est impossible d'examiner un quelconque sous-groupe, parce que cela entraîne des problèmes liés à la taille de l'échantillon et à la fiabilité des données.

Nous pouvons envisager d'autres indicateurs, et c'est ce que nous avons fait, et ça a été utile. Ça nous a permis de prendre des décisions en nous fondant sur des données. Cependant, ça a aussi limité notre capacité de comprendre tous les aspects du problème et de nous assurer d'élaborer les solutions les plus appropriées.

As we move forward in implementing our strategy and further refining it, it will be important for us to understand what is working in different areas of the province, what is working in different types of communities in the province and what the challenges and, indeed, the strengths are. Community Accounts allows us to look at both, but this new measure will allow us to look at a measure of poverty at the community level.

The past work of Community Accounts has set the stage and built the capacity in government to allow us to develop the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure. It is going to be released later this year on Community Accounts. It is really important, I think, that we have the vehicle of Community Accounts to release it because it immediately puts it out there where our community partners also have access to it. They can also look at their own communities, look at their own areas of the province and look at the province as a whole in a more detailed way.

We do have to recognize that, in particular, talking about people living in poverty and vulnerable to poverty, a lot of them do not have access to the web. Anyone who has access to the web will have access to this way of looking at poverty, and I think it will move forward our understanding both in terms of the analysis that we can undertake within government and also what community can do. Both are equally important because we have different perspectives and different abilities to look at the problem. We will be able to look at this information at the community level by family type, by refined age breakdowns, by gender, by different characteristics that will give us the understanding that we need.

I wish to give you a little bit of detail about the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure. It takes the HRSDC definition of a basic basket of goods and services, that is the sort of things that everyone should be able to purchase to have a minimally acceptable standard of living. That can be debated forever — and it has already been debated. We have taken the definition that was agreed to at the federal-provincial-territorial level of terms of what should be in the basket, and we have applied it specifically to Newfoundland and Labrador.

There are a number of innovations that the Newfoundland and Labrador Statistics Agency has been able to put in place in doing this, and I think the most important is that it does not use survey data, but rather tax filer data. That is why it gives us this ability to look at the community level and to look at different sub-populations. We do not have to worry about the issue of sample error or small sample size.

Dans l'application de notre stratégie et dans le processus de perfectionnement de celle-ci, il va être important que nous déterminions ce qui fonctionne dans les différentes régions de la province, ce qui fonctionne dans les différents types de collectivités de la province, ainsi que les difficultés, et aussi les forces. Les comptes communautaires nous permettent d'examiner les deux, mais cette nouvelle mesure va nous permettre d'envisager une mesure de la pauvreté à l'échelle communautaire.

Le travail touchant les comptes communautaires qui a déjà été fait a préparé le terrain et donné au gouvernement la capacité qui va nous permettre de mettre au point la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador. Cette mesure va être publiée plus tard au cours de l'année dans les comptes communautaires. Je pense que c'est très important que nous disposions du moyen que sont les comptes communautaires pour la publier, parce qu'elle va ainsi être immédiatement à la disposition de nos partenaires communautaires. Eux aussi pourront étudier plus en détail leurs collectivités, leurs régions et l'ensemble de la province.

Nous devons nous rendre compte du fait que, lorsque nous parlons des gens qui vivent dans la pauvreté et qui sont vulnérables à cet égard, Beaucoup d'entre eux n'ont pas accès à Internet. Quiconque a accès à Internet va avoir accès à cette façon d'envisager la pauvreté, et je pense que cela va nous permettre de mieux comprendre les choses, en ce qui concerne tant l'analyse que nous pouvons effectuer au sein du gouvernement que ce que les collectivités peuvent faire. Les deux choses sont tout aussi importantes l'une que l'autre, parce que nous avons des points de vue différents et que nous pouvons envisager le problème en fonction des compétences qui nous sont propres. Nous allons être en mesure d'examiner cette information à l'échelle communautaire en fonction du type de famille, en fonction de catégories d'âge précises, en fonction du sexe et en fonction de différentes caractéristiques qui vont nous permettre de mieux comprendre de quoi nous avons besoin.

J'aimerais vous donner quelques détails au sujet de la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador. Elle est fondée sur la définition de RHDSO d'un panier de biens et services de base, le genre de choses que tout le monde doit pouvoir se procurer pour avoir un niveau de vie acceptable. On pourrait débattre éternellement du contenu de ce panier — et ce débat a déjà eu lieu. Nous avons utilisé la définition sur laquelle se sont entendus le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et de territoires, par rapport à ce que devrait contenir ce panier, et nous avons appliqué cette définition à Terre-Neuve-et-Labrador.

Le Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador a été en mesure d'innover à plusieurs égards en faisant cela, et je pense que la chose la plus importante, c'est qu'ils utilisent non pas les données du recensement, mais plutôt les données provenant des déclarations de revenus. C'est ce qui nous permet d'envisager les choses du point de vue des collectivités et des différentes sous-populations. Nous n'avons pas à nous inquiéter des erreurs liées à l'échantillon ou à la taille de celui-ci.



Also, the costing more accurately reflects costs in this province than the national measure, which just has sort of regional costs and does not allow for most cost differences within our province. We know there are significant differences in terms of what things cost if you consider the coast of Labrador or St. John's versus some of our other communities. This is going to allow us on Community Accounts to eventually present data on incidence, depth and severity as well as persistence of poverty at the community level by these different sub-populations. It will be an important tool in terms of providing evidence for work, and it will also greatly enhance our ability to report on progress. So I see it as a really important development in Community Accounts and a really important tool for the Poverty Reduction Strategy. Without Community Accounts, we would not have been able to develop this measure and we would not have a vehicle to be able to share it with our community partners.

I wish to deal with some of the comments that were made yesterday in terms of how Community Accounts has led to priorities being set in government as well as the role it has played in the development of different strategies. In poverty reduction, wellness was mentioned. I know you had a presentation from Eleanor after-hours.

Speaking specifically of poverty, the commitment to tackle poverty was an election promise by the Progressive Conservative Party in the 2003 election campaign. Specifically, the party committed that, if elected, they would, over a 10-year period, transform Newfoundland and Labrador from a province with the most poverty to one with the least. It did not actually come out of Community Accounts.

That being said, the same understanding that has shaped the development of Community Accounts in terms of the way it is presented has also shaped the approach that we have been taking to poverty reduction, namely, one that recognizes the interconnectedness of the different elements — which is really important. It is an underlying understanding that is shaping all of our work.

Joy described how Community Accounts is being used regularly in terms of program and policy development by departmental staff. The same is certainly true of the Poverty Reduction Strategy Division as well as all the partner departments, and Health and Community Services is certainly one of those departments.

In our division, we would use Community Accounts as a quick way to scope out the problem and do some exploratory work. We would usually end up going back to the original source of data, just so that we can have the most recent data possible. For example, if we were looking at Income Support and we wanted to

De plus, les coûts établis correspondent davantage à la situation dans la province que dans le cas de la mesure nationale, qui ne définit en quelque sorte que des coûts régionaux et ne permet pas de tenir compte de la plupart des différences au chapitre des coûts dans notre province. Nous savons qu'il y a des différences importantes, quant au coût de certaines choses, entre le Labrador ou St. John's et certaines autres collectivités de notre province. Cela va nous permettre de présenter dans les comptes communautaires des données sur l'incidence, l'ampleur et la gravité de la pauvreté, ainsi que sa persistance, à l'échelle communautaire en fonction de ces différentes sous-populations. Ça peut être un outil important pour ce qui est de fournir des données avec lesquelles travailler, et ça va aussi beaucoup améliorer notre capacité de faire état des progrès réalisés. C'est donc quelque chose que je vois comme étant une réelle amélioration des comptes communautaires et comme un outil vraiment important pour l'application de la Stratégie de la réduction de la pauvreté. Sans les comptes communautaires, nous n'aurions pas pu mettre au point cette mesure, et nous n'aurions pas de moyens de diffuser cette mesure auprès de nos partenaires communautaires.

J'aimerais dire quelque chose au sujet de certaines observations qui ont été formulées hier au sujet de la façon dont les comptes communautaires ont donné lieu à l'établissement de priorités au sein du gouvernement, ainsi que du rôle qu'ils ont joué dans l'élaboration de différentes stratégies. Au sujet de la réduction de la pauvreté, on a parlé du bien-être. Je sais qu'Eleanor vous a présenté un exposé après la séance.

Pour ce qui est de la pauvreté en soi, l'engagement à s'attaquer au problème de la pauvreté a été une promesse électorale que le Parti progressiste conservateur a faite pendant la campagne de 2003. Plus précisément, le parti s'est engagé, une fois au pouvoir, à faire en dix ans de la province où la pauvreté était le plus répandue, Terre-Neuve-et-Labrador, celle où elle le serait le moins. Ce n'est pourtant pas quelque chose qui est ressorti des comptes communautaires.

Cela dit, c'est la même idée qui a orienté l'élaboration des comptes communautaires dans la façon dont ils sont présentés et l'approche que nous avons adoptée pour ce qui est de la réduction de la pauvreté, c'est-à-dire une approche qui tient compte du fait que différents éléments sont interdépendants — ce qui est une chose très importante. C'est l'idée qui est derrière tout notre travail et qui l'oriente.

Joy a expliqué que le personnel du ministère utilise régulièrement les comptes communautaires dans le cadre de l'élaboration des programmes et des politiques. C'est certainement aussi vrai de la division de la Stratégie de réduction de la pauvreté ainsi que de tous les ministères partenaires, le ministère de la Santé et des Services communautaires étant assurément l'un de ceux-ci.

Dans notre division, nous utilisons les comptes communautaires comme moyen rapide de définir le problème et de faire du travail d'analyse. Nous finissons la plupart du temps par remonter jusqu'à la source de données initiale, tout simplement pour obtenir les données les plus récentes. Si, par



look at single parents on Income Support, we might quickly use Community Accounts to look at how that looked in different communities. In Community Accounts, I think we are looking at 2006 Income Support data now, whereas in my department I can get last month's Income Support data from an administrative source.

The reason I am using this example is that it leads me to the question Senator Cook asked yesterday about challenges and issues encountered in terms of data availability and related things. Certainly, timeliness of data is one of those, and in some cases it is completely unavoidable.

For example, anything based on tax filer data, you are always looking at a year and a half lag time at least, and that is just the nature of the income tax system. You have until the following April to file your income tax and then it has to be processed and put in a format that people can use.

Similar delays exist for census data and survey data. Statistics Canada, for example, just the week before last, released the 2006 Low Income Cut-offs, LICOs. Until just a couple of weeks ago, we were dealing with 2005 data, and here we are in 2008. It is not a unique problem to Community Accounts. In our province, we are in such a period of rapid change in terms of our economy and other social factors that, in looking at 2005 and even 2006 data, things look quite different. Some of the census data available is 2001 census data. We are in a pretty different place than we were in 2001.

Hence, one of the real challenges in terms of using Community Accounts is that sometimes the data are just old. They no longer reflect our current reality. It is something we always struggle with. We are looking for the best evidence available. We want to be sharing the evidence and we want us all to be using the same evidence, whether we are inside government or without. That is sometimes not possible, though, because we need to be using the most current information possible.

Another challenge is cost. We have to pay Statistics Canada for data and, for confidentiality reasons, sometimes we also have to pay them to do extra work on the data. For example, when I think of the Newfoundland and Labrador Market Basket Measure, every year we will be paying Statistics Canada for that data. Every year, we will be paying them to run it and provide it to us by community, because, for confidentiality reasons, we cannot do that ourselves. That is a matching that has to be done within Statistics Canada, and for good reason.

exemple, nous examinons le Soutien du revenu et que nous souhaitons examiner la situation des chefs de famille monoparentale qui bénéficient du soutien du revenu, nous pouvions utiliser rapidement les comptes communautaires pour prendre connaissance de cette situation dans les différentes collectivités. Je pense que les données sur le Soutien du revenu que nous avons dans les comptes communautaires en ce moment sont des données de 2006, tandis que, à mon ministère, je peux obtenir les données du mois dernier d'une source administrative.

La raison pour laquelle je vous donne cet exemple, c'est qu'il me ramène à une question que le sénateur Cook a posée hier au sujet des problèmes auxquels on fait face pour ce qui est de l'existence de données et d'autres problèmes connexes. Il est clair que le fait d'obtenir des données en temps opportun est l'un de ces problèmes, et, dans certains cas, c'est un problème qu'il est tout à fait impossible d'éviter.

Pour tout ce qui est fondé sur les données des déclarations de revenus, par exemple, ce sont toujours des données qui datent d'un an et demi au moins, et c'est la nature du système de déclaration de revenus, c'est tout. Vous avez jusqu'au mois d'avril suivant la période de déclaration pour produire votre déclaration, puis celle-ci doit être traitée, et les données doivent être organisées de façon que les gens puissent les utiliser.

C'est à peu près la même chose pour ce qui est des données du recensement et de sondage. Il y a deux semaines, par exemple, Statistique Canada a publié les données relatives au seuil de faible revenu ou SFR pour l'année 2006. Jusque-là, nous travaillions avec les données sur 2005, et nous sommes en 2008. Ce n'est pas un problème qui touche uniquement les comptes communautaires. Notre province passe par une période de changement si rapide pour ce qui est de notre économie et d'autres facteurs sociaux, que, lorsqu'on examine les données de 2005 ou même les données de 2006, la situation semble passablement différente. Une partie des données du recensement datent de 2001. Nous sommes dans une situation qui est assez différente de celle où nous nous trouvions en 2001.

Ainsi, l'un des problèmes réels qui touchent l'utilisation des comptes communautaires, c'est que, dans certains cas, les données datent. Elles ne reflètent plus la réalité. C'est un problème avec lequel nous sommes toujours aux prises. Nous utilisons les meilleures données possibles. Nous voulons partager les données et nous voulons faire en sorte de tous utiliser les mêmes données, au gouvernement ou ailleurs. Dans certains cas, ce n'est cependant pas possible, parce qu'il faut que nous utilisions l'information le plus à jour possible.

Un autre problème, c'est le coût des données. Nous devons payer les données que nous obtenons de Statistique Canada, et, pour des motifs de confidentialité, il faut dans certains cas que nous payions l'organisation pour un travail supplémentaire sur ces données. Je pense par exemple à la mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador, et nous allons devoir payer Statistique Canada chaque année pour obtenir ces données. Chaque année, nous allons verser une certaine somme à l'organisation pour qu'elle traite ces données et pour qu'elle nous les présente organisées en

As we look at other information that we want to see on Community Accounts, ongoing costs are an issue because it is not like these are one-time costs. It is something we have to pay for every year. The more things we add the more cost there will be. That is an important element to be aware of as there is consideration for how to apply this model more broadly, because there are other things I would certainly like to see on Community Accounts, but there is cost. In addition to data purchase cost, there is the time of our own staff among other things through the Newfoundland and Labrador Statistics Agency to be able to do this work.

Another issue for a small province such as ours is the survey sample size for national surveys. I alluded to that earlier, but it is particularly true when we are relying on general population surveys to look at a specific sub-population, and this is true of all of Statistics Canada's measures of low income. They all use a general population survey and then they pull out the people that are living in low income, and that is who we want to look at. When you look at a province like ours even though Survey of Labour and Income Dynamics, which is the survey that is used, has a robust sample, even if you say that 20 per cent of the population are on low income and then you start to try and divide them up by their family status or whatever, you just run out of people and it is no longer representative. It is another challenge in terms of our ability to use the evidence that is out there.

Just one other point I wanted to mention in terms of a challenge, one that Minister Skinner raised yesterday, and that is Internet access here in the province. There are communities in Newfoundland and Labrador that only have dial-up Internet access, which is too slow for Community Accounts. Even if dial-up were not slow, it is a very expensive way to have to access the Internet. We must be mindful of the fact that not everyone can access this tool. Even in areas where there is Internet access, even here in St. John's, there are lots of people who either cannot have access or due to low levels of education and those sorts of things, the usual challenges, are not comfortable with computers. We still have to make sure we are finding other ways to communicate and share information.

I should like to finish on a positive note, though, now that I have gone through some challenges. Community Accounts and the expertise and the capacity that have been developed in the Newfoundland and Labrador Statistics Agency provide an excellent means for responding to information gaps. The

fonction des collectivités, parce que, pour des raisons de confidentialité, nous ne pouvons faire ce travail nous-mêmes. Ce travail de mise en correspondance doit se faire à Statistique Canada, et pour de bonnes raisons.

Pour ce qui est des autres renseignements que nous voulons voir dans les comptes communautaires, les coûts permanents posent problème, parce que ce n'est pas comme si ces coûts devaient être payés une seule fois. C'est quelque chose que nous devons payer une fois par année. Plus nous ajoutons d'éléments, plus les coûts vont être élevés. C'est une chose dont il est important d'être conscient, puisqu'on envisage d'appliquer ce modèle à plus grande échelle, parce qu'il y a assurément d'autres choses que j'aimerais voir dans les comptes communautaires, mais ce n'est pas gratuit. En plus du coût d'acquisition des données, il y a le temps dont notre propre personnel a besoin pour effectuer ce travail, entre autres, par l'intermédiaire du Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador.

Un autre problème qui se pose, dans une petite province comme la nôtre, c'est la taille des échantillons utilisés dans les enquêtes nationales. J'en ai parlé tout à l'heure, mais c'est particulièrement vrai lorsque nous utilisons les données d'enquête pour la population en général pour étudier la situation de sous-population, et c'est vrai de toutes les mesures du faible revenu de Statistique Canada. Celles-ci sont toutes fondées sur les données des enquêtes sur la population en général, desquelles on tire les données sur les personnes dont le revenu est faible, et c'est la situation de ces gens que nous voulons étudier. Dans une province comme la nôtre, même si l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, qui est l'enquête utilisée, est fondée sur un échantillon robuste, même si on dit que 20 p. 100 de la population ont un revenu faible, lorsqu'on commence à répartir les données en fonction de la situation familiale ou d'autres choses, le nombre de personnes devient insuffisant, et l'échantillon n'est plus représentatif. C'est un autre obstacle à notre capacité d'utiliser des données existantes.

Il y a une dernière chose dont je voulais parler au chapitre des problèmes, un problème dont le ministre Skinner a parlé hier, et c'est celui de l'accès à Internet dans la province. À Terre-Neuve-et-Labrador, il y a des collectivités où la seule façon d'accéder à Internet, c'est par accès commuté, ce qui est trop lent pour consulter les comptes communautaires. Même si cet accès n'était pas aussi lent, ce serait quand même un moyen très coûteux d'accéder à Internet. Nous devons garder en tête le fait que ce n'est pas tout le monde qui a accès à cet outil. Même dans les régions où les gens peuvent avoir accès à Internet, même ici à St. John's, il y a beaucoup de gens qui soit ne peuvent y avoir accès, soit ne sont pas à l'aise lorsqu'il s'agit de travailler avec un ordinateur, à cause de leur faible degré de scolarité et autres choses du genre, c'est-à-dire les problèmes habituels. Nous devons quand même nous assurer de trouver d'autres moyens de communication et de diffusion de l'information.

J'aimerais terminer sur une note positive, cependant, maintenant que j'ai énuméré certains des problèmes qui se posent. Les comptes communautaires et l'expertise et la capacité dont le Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador s'est doté offrent un excellent moyen de combler les lacunes en matière



Newfoundland and Labrador Market Basket Measure is an excellent example of this. This tool goes beyond anything available anywhere in the world in terms of community-level data on poverty, that can be looked at by almost any sub-population you like, that will have the richness to be able to consider depth and severity and persistence, when we get it all out there.

Through sharing this information widely — Community Accounts is the best vehicle for doing that; despite its limitations and its challenges, there is no better way — I know we will continue to refine the measure and we will continue to increase our understanding of poverty in this province and find new and creative solutions as a result. I see this innovation as a really important development in Community Accounts and also a really important tool as we continue our work to prevent, reduce and alleviate poverty.

Just to bring it back in terms of yesterday's discussion, that is taking a population health approach. When we talk about poverty reduction, we are talking about social determinants of health, and this tool will very much allow us to do that with the best evidence available.

**The Chair:** Thank you, Aisling.

Gerald?

**Gerald Crane, Director of Partnership Research and Analysis, Rural Secretariat, Executive Council:** I want to just take 30 seconds at the beginning to tell you what our organization does and why I am here this morning.

The Rural Secretariat is a relatively new entity in government. It was formed in 2004 following the election of Premier Williams in 2003. There is a lot written about us, but our role in one sentence is to seek to ensure that the needs of regions and rural areas in the province and the impacts on those areas, what they are facing, are considered in policy and program decisions of government in the infrastructure and other investments that government make, and in major government initiatives such as the Poverty Reduction Strategy, a broadband strategy that we are doing, and various other strategies of government.

We do this in two broad ways. We do this internally through working with other government departments, such as the Property Reduction Strategy and many others, and we do it externally through citizen engagement. What I want to talk about this morning is the citizen engagement part. Basically, I want in my remarks to speak to the benefits of the Community Accounts to citizens of the province, particularly those in rural areas.

d'information. La mesure de la pauvreté fondée sur un panier de consommation à Terre-Neuve-et-Labrador en est un excellent exemple. Cet outil est plus élaboré que n'importe quel outil utilisé dans le monde au chapitre des données sur la pauvreté à l'échelle communautaire, données qu'on peut organiser en fonction d'à peu près n'importe quelle sous-population et qui vont être suffisamment complètes pour permettre d'examiner l'ampleur, la gravité et la persistance de la pauvreté lorsque nous aurons fait ce qu'il faut faire pour recueillir toutes ces données.

En diffusant largement cette information — les comptes communautaires sont le meilleur moyen de diffusion; malgré les limites et les problèmes qui se posent, il n'y en a pas de meilleur —, je sais que nous allons continuer d'affiner les mesures et de travailler à mieux comprendre la question de la pauvreté dans la province, ce qui nous permettra de trouver de nouvelles solutions créatives à ce problème. Pour moi, cette innovation est une étape réellement importante de l'évolution des comptes communautaires, ainsi qu'un outil vraiment important pour la poursuite de notre travail de prévention, de réduction et d'atténuation de la pauvreté.

Je veux juste revenir sur la discussion d'hier, c'est-à-dire sur le fait d'adopter une approche axée sur la santé de la population. Lorsque nous parlons de la réduction de la pauvreté, nous parlons des déterminants sociaux de la santé, et cet outil va vraiment nous permettre de faire cela avec les meilleures données possibles.

**Le président :** Merci, Aisling.

Gerald?

**Gerald Crane, directeur du Partenariat rural canadien, Recherche et analyse rurales, Secrétariat rural, conseil exécutif :** Je veux commencer par prendre 30 secondes pour vous dire ce que notre organisation fait et pourquoi je suis ici ce matin.

Le Secrétariat rural est une organisation relativement nouvelle au sein du gouvernement. Il a été créé en 2004, à la suite de l'élection du premier ministre Williams en 2003. On a écrit beaucoup de choses à notre sujet, mais, en une phrase, notre rôle consiste à nous assurer que le gouvernement tient compte des besoins des régions et des zones rurales de la province, ainsi que des répercussions sur ces zones, ce à quoi les gens qui y vivent sont confrontés, lorsqu'il prend des décisions relatives aux politiques et aux programmes, lorsqu'il investit dans les infrastructures, lorsqu'il entreprend de grandes initiatives comme la Stratégie de réduction de la pauvreté, qui est une stratégie à grande échelle que nous sommes en train d'appliquer, ainsi que lorsqu'il met au point d'autres stratégies.

Nous faisons principalement cela de deux façons. Nous le faisons au sein du gouvernement, dans le cadre de collaboration avec d'autres ministères, et notamment avec les gens qui s'occupent de la Stratégie de réduction de la pauvreté et de nombreux autres intervenants, et nous le faisons à l'extérieur du gouvernement en sollicitant la participation des citoyens. C'est de la participation des citoyens que je veux parler ce matin. En gros, je veux parler dans mon exposé des avantages que comportent les comptes communautaires pour les citoyens de la province, et plus particulièrement ceux qui vivent dans les régions rurales de celles-ci.



We engage with citizens and stakeholder groups and various other interest groups to build their capacity to contribute to the public dialogue of government and to help them provide input and advice to government and its decision-making processes. That sounds easy to say; it is quite a challenge to do. It is a long-term task. It requires a lot of patience, a lot of energy and a lot of time. It also requires that trust be built with citizens.

We have taken a path to build that capacity and trust in citizens and through citizens in a very quantitative way by telling them about themselves in a way that they can relate to. Community Accounts has been a primary way by which we have been able to do that, and I can say that our work would not be nearly as effective without the Community Accounts and various other data tools that the Newfoundland and Labrador Statistics Agency and others provide.

Everyone in this province, be they from rural areas, urban areas, wherever, has been impacted by ongoing economic, labour market, demographic and social change — and probably in that order for many people. The reasons for this change are well known, and I will not go into them here this morning. It will not come at as a surprise to you if I said this change will likely continue and rural areas, in particular, will probably continue to be impacted.

The key for us is how to describe this change, how to talk about this change in a way that people can relate to. We use the accounts to talk about drivers of change on regions, communities, interest groups, firms, citizens and every other stakeholder out there. In a way, we use the same data that Joy uses; we use the same data that Aisling uses. The difference here is not what we use. The difference is how we use it and where we put emphasis.

The point that I want to make here for citizens is that the accounts can be used for a multitude of ways. Population health is one way, and I will just list a couple of ways later on in my presentation. The Community Accounts have a very broad application in a very broad number of ways.

Why are we doing this, why are taking this quantitative route, and why are we investing the time and energy here? At its core, citizens implicitly know that change is happening. Many of them need a reason to embrace the change. People generally do not like change, they tend to reject change. What we want to do is try to get them to embrace it. We use words like to lead change, to react to change, to understand change, to adapt to it, to benefit from change. Why do this? We see it as a good thing to assist citizens and to help citizens to inform the decision-making processes of government. I mentioned this earlier and I think it is very important. We want to give citizens a voice to allow them to provide input to government. Right now, a lot of citizens do not feel they have that voice.

Nous travaillons avec des groupes de citoyens et d'intervenants ainsi qu'avec différents autres groupes d'intérêt à renforcer leur capacité de contribuer aux débats publics que tient le gouvernement, ainsi qu'à les aider à donner des suggestions et des conseils au gouvernement quant aux processus décisionnels. C'est facile à dire, mais c'est assez difficile à faire. C'est un travail à long terme. C'est un travail qui exige beaucoup de patience, beaucoup d'énergie et beaucoup de temps. Ce travail exige également l'établissement d'un lien de confiance avec les citoyens.

Nous avons décidé de renforcer cette capacité et cette confiance des citoyens et par les citoyens en leur parlant d'eux d'une façon qui leur permette de se reconnaître, avec beaucoup de données à l'appui. Les comptes communautaires ont été l'un des principaux moyens qui nous ont permis de faire cela, et je peux vous dire que notre travail n'aurait pas été aussi efficace sans les comptes communautaires et différents autres outils axés sur des données que le Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador et d'autres organisations nous fournissent.

Tous les habitants de la province, qu'ils vivent en région rurale, en région urbaine, où que ce soit, ont ressenti les changements économiques, démographiques, sociaux et liés au marché du travail qui ont cours — et probablement dans cet ordre pour beaucoup de gens. Les facteurs de changement sont bien connus, et je ne vais pas en parler ce matin. Vous ne serez pas surpris si je vous dis que ces changements vont probablement se poursuivre et que les régions rurales, en particulier, vont probablement continuer d'en ressentir les effets.

Ce qui est important pour nous, c'est la façon de décrire ces changements, la façon d'en parler pour que les gens puissent s'y retrouver. Nous utilisons les comptes pour parler des moteurs du changement qui touchent les régions, les collectivités, les groupes d'intérêt, les entreprises, les citoyens et tous les autres intervenants. En un sens, nous utilisons les mêmes données que Joy; nous utilisons les mêmes données qu'Aisling. Ce qui nous distingue, ce n'est pas ce que nous utilisons. Ce qui nous distingue, c'est la façon dont nous utilisons ces données et ce sur quoi nous mettons l'accent.

L'idée que je veux communiquer ici aux citoyens, c'est que les comptes peuvent être utilisés de toutes sortes de façons. La santé des populations en est une, et je vais en énumérer quelques autres tout à l'heure. Les comptes communautaires servent à toutes sortes de choses de toutes sortes de manière.

Pourquoi faisons-nous ça? Pourquoi empruntons-nous la voie quantitative? Pourquoi consacrons-nous temps et énergie à cela? Au fond, les citoyens savent sans qu'on ait besoin de leur dire que des changements sont en train de se produire. Ils sont nombreux à avoir besoin d'une raison pour embrasser ces changements. De façon générale, les gens n'aiment pas le changement, ils ont tendance à le rejeter. Ce que nous voulons faire, c'est essayer de les amener à l'embrasser. Nous utilisons des expressions comme provoquer le changement, réagir au changement, comprendre le changement, s'y adapter et en tirer parti. Pourquoi? Parce que nous pensons que c'est une bonne chose d'aider les citoyens à influencer le processus décisionnel du gouvernement. J'en ai parlé tout à l'heure, je pense que c'est quelque chose de très important.

I want to make a couple of remarks on that. I am going to talk in very general terms here, and I do not mean to stereotype individuals versus groups or anyone else. My experience with stakeholder groups is that generally they have more capacity, more funding, more expertise and more ability to understand, to contribute and to participate in the decision-making processes of government. They bring a position to government; they have the ability to do that.

Individual citizens, the people on the street, generally have less ability to participate. Why is this? They tend to be more passive. They do not have the time. They do not often contribute to the same extent as stakeholders, but the decisions that government make equally impacts them as much as it does stakeholder groups. They need advice in order to contribute to the process.

What we are dealing with then is almost a knowledge gap, and what we need to do is fill that knowledge gap to level the playing field. We see Community Accounts and use the Community Accounts as a means to level the playing field. As I said earlier, I do not think we would be nearly as effective in our work without this tool.

I want to make three points this morning in my brief remarks regarding the accounts. The first one is this: The Community Accounts platform and the technology that is used are vital to the process, but not sufficient. Joy referenced this as well in her notes. Equally important to the process here is the human element, the ability of the staff of the Statistics Agency, the trained users, the ability of our staff and other staff, other users in government and outside government, to take data and make it real to people, to take it and to bring it to life, to interpret the data for them. Without this element, in my view the Community Account would not have had the impact they have had over the past decade.

Government too benefits from this whole process. A supportive citizen base and a knowledgeable citizen base that understand the context of decisions also allow for better decision-making processes to be put in place and better decisions to be made.

There is one additional benefit that comes from this, and that is my second point — that is, the ability of the accounts to allow for cross-pollination of data. What Al Hollett and his staff would say is that users in one field can learn and gain knowledge by looking at data in other fields. A couple of quick examples: Educators can look at health data, or health users such as Joy can look at education data. Municipal administrators can look at income data. Local economic developers can look at demographics or

Nous voulons permettre aux citoyens de s'exprimer et de donner des suggestions au gouvernement. À l'heure actuelle, beaucoup de citoyens n'ont pas l'impression de pouvoir s'exprimer.

Je veux dire deux ou trois choses là-dessus. Je vais parler en termes très généraux, et mon intention n'est pas de stéréotyper le citoyen par rapport au groupe ou par rapport à quiconque. D'après mon expérience, les groupes d'intérêt ont généralement une capacité plus importante, plus de financement, plus d'expertise et sont mieux placés pour comprendre le processus décisionnel du gouvernement et pour y contribuer et y participer. Ils ont fait valoir une position aux yeux du gouvernement; ils ont la capacité de le faire.

Les citoyens individuels, les gens ordinaires, ont généralement une moins grande capacité de participer à ce processus. Pourquoi en est-il ainsi? Parce qu'ils ont tendance à être plus passifs. Parce qu'ils n'ont pas le temps de le faire. Souvent, ils ne contribuent pas autant au processus que les intervenants, mais les décisions du gouvernement ont des répercussions de même ampleur sur eux que sur les groupes d'intérêt. Ils ont besoin de conseils pour être en mesure de contribuer au processus.

Ce à quoi nous avons affaire, c'est donc pratiquement à un manque de connaissance, et ce que nous devons faire, c'est de combler ce manque pour rendre les règles du jeu équitables. Nous voyons et utilisons les comptes communautaires comme un moyen de rendre les règles du jeu équitables. Comme je l'ai dit tout à l'heure, je ne pense pas que notre travail serait aussi efficace sans cet outil.

Je veux dire trois choses au sujet des comptes dans ce petit exposé que je suis en train de vous présenter. La première, c'est que la plate-forme des comptes communautaires et la technologie utilisée sont essentielles au bon déroulement du processus, mais insuffisantes. Joy en parle elle aussi dans ses notes. Ce qui est tout aussi important dans ce processus, c'est l'élément humain, la capacité du personnel du Bureau de la statistique, les usagers qualifiés, de notre personnel et du personnel d'autres organisations, d'autres usagers au sein du gouvernement et à l'extérieur de celui-ci de prendre ces données et d'en faire quelque chose de tangible aux yeux des gens, de les prendre et de les rendre vivantes, c'est-à-dire d'interpréter les données pour les gens. Sans cet élément, selon moi, les comptes communautaires n'auraient pas eu l'effet qu'ils ont eu au cours des dix dernières années.

Les gouvernements aussi tirent parti de tout ce processus. Lorsque les citoyens sont prêts à offrir leur appui, qu'ils connaissent les dossiers et qu'ils comprennent le contexte dans lequel les décisions sont prises, cela permet d'instaurer de meilleurs processus décisionnels et de prendre de meilleures décisions.

Il y a un autre avantage qui découle de cela, et c'est la deuxième chose dont je voulais parler : la possibilité pour les comptes de permettre la pollinisation croisée des données. Ce qu'Al Hollett et son équipe diraient, c'est que les usagers d'un domaine peuvent apprendre des choses en examinant les données d'autres domaines. Deux ou trois brefs exemples : les enseignants peuvent examiner les données qui ont trait à la santé, et les usagers du domaine de la santé comme Joy peuvent jeter un coup



other data sources. I believe we have a person who will speak to this later. The RCMP and others can look at education data, health data, income data and so on. The ability of users in one field, experts in one field, to be able to take that data and apply it to various other fields is vital to the success of the accounts. I suspect in some cases that this was incidental, probably was not planned, but it has been a very valuable outcome from the use of the Community Accounts.

One phrase that is quite often used in regard to data dissemination tools is the “data to information to knowledge” phrase. It sounds powerful. It is a simple phrase. One of the questions that always come to us is this: What does that mean? Who is its target and what is the outcome of that phrase?

This is a totally wrong statement in my view, but a lot of people can look at the accounts as a simple way of putting data on a website from 15 or 20 or 30 data domains and 50 data sets and 5,000 numbers and expecting the ordinary citizen, the individual person, to look at it and make sense of it and to interpret it. That is a very simplistic view and a wrong view, in my mind. The key thing for me and for our organization is how we stimulate individual citizens’ interest in the data. Aisling spoke about some of this in her remarks. How, essentially, do we want to stimulate citizens’ interest to look at data?

The third and last point I want to raise is that we need to give citizens a reason to look at numbers, to look at data and to be able to interpret the data and to take the time and energy to do it. We, as do many others, use conceptual frameworks here. What we want to do is put in place a very simple way to go out and talk to citizens and tell them that this is important, that it makes sense, impacts their lives, and is a way that we think they can influence and impact the decision-making processes of government. Here are the numbers that back this up. Here is the evidence. Here is how we think you can use the numbers. These frameworks are pivotal in allowing citizens to understand why data is important and why decisions are made, and I think that point as well should not be lost.

I want to briefly touch on the conceptual framework that we use because it does not really address the needs or apply to population health at one level, but yet it does at various other levels. In a very simple statement, we try to talk to citizens and say to them that they have assets on the ground, what we regional assets. How do you take those assets and turn them into

d’œil sur les données relatives à l’éducation. Les administrateurs municipaux peuvent examiner les données sur le revenu. Les gens qui s’occupent des questions de croissance économique à l’échelle régionale peuvent examiner les données démographiques ou puiser des données à d’autres sources. Je pense que quelqu’un va en parler tout à l’heure. La GRC et d’autres organisations peuvent se pencher sur les données relatives à l’éducation, à la santé et au revenu, entre autres. La capacité des usagers d’un domaine, des spécialistes d’un domaine, de prendre ces données et de les appliquer à différents autres domaines est un élément essentiel au succès des comptes. J’ai l’impression que, dans certains cas, c’est quelque chose qui s’est produit spontanément, qui n’était probablement pas prévu, mais c’est un excellent résultat qui découle de l’utilisation des comptes communautaires.

Une expression qu’on utilise assez souvent pour parler des outils de diffusion, c’est : « les données deviennent des renseignements qui deviennent des connaissances ». C’est une expression qui semble avoir une grande portée. Elle est simple. L’une des questions qui nous viennent toujours à l’esprit, c’est la suivante : qu’est-ce que cette expression signifie? Qui vise-t-elle? Où mène-t-elle?

À mon avis, c’est un énoncé totalement erroné, mais il y a beaucoup de gens qui peuvent voir les comptes comme un moyen simple d’afficher dans un site Web des données de 15, 20, 30 domaines, 50 ensembles de données et 5 000 chiffres et s’attendre à ce que les citoyens ordinaires, les citoyens individuels, jettent un coup d’œil sur tout cela et arrivent à y donner un sens et à interpréter les données. C’est un point de vue qui, selon moi, est très simpliste et qui n’est pas juste. La chose la plus importante, pour moi et pour notre organisation, c’est la façon dont nous nous y prenons pour stimuler l’intérêt pour ces données des citoyens individuels. Aisling en a parlé un peu dans son exposé. Essentiellement, comment souhaitons-nous stimuler l’intérêt des citoyens et les pousser à examiner ces données?

La troisième et dernière chose que je veux dire, c’est qu’il faut donner aux citoyens une raison de jeter un coup d’œil sur les chiffres, sur les données, et d’être en mesure d’interpréter les données et d’y consacrer le temps et l’énergie nécessaires. Ici, comme ailleurs dans bien des cas, nous avons recours à des cadres conceptuels. Ce que nous voulons faire, c’est mettre en place un moyen très simple de joindre les citoyens et de leur expliquer que c’est quelque chose d’important, quelque chose de sensé, qui a une incidence sur leur vie et qui, selon nous, peut avoir une influence sur les processus décisionnels du gouvernement. Voici les chiffres à l’appui de cette affirmation. Voici les données. Voici comment vous pouvez utiliser les chiffres selon nous. Ces cadres sont essentiels pour ce qui est de permettre aux citoyens de comprendre pourquoi les données sont importantes et pourquoi certaines décisions sont prises, et je pense que c’est une idée qu’il ne faut pas négliger.

J’aimerais parler brièvement du cadre conceptuel que nous utilisons, parce que celui-ci ne répond pas vraiment aux besoins ni ne s’applique à la santé des populations à un certain niveau, mais il le fait cependant à différents autres niveaux. Nous essayons d’expliquer très simplement aux citoyens qu’ils disposent d’atouts sur le terrain, ce que nous appelons des atouts régionaux.



opportunities that will give you equal choice to live in small community “X” or small community “Y” versus St. John’s or Toronto or Fort McMurray. As I said, a lot of the data is the same as the population health model, but the emphasis is different in terms of where we talk to citizens.

At the top of our model, we say there are three policy objectives for our work, what citizens want and what citizens have told us. They want sustainability for their regions. They want the ability to live there 5, 10, 15 years from now, be it a small community as I said or a larger community. Economic activity, jobs and income are vital to that process. Demographic stability — and anyone who knows our province knows that we are facing rapid demographic change — is important.

At the other end is the regional assets, and that is basically what people have on the ground that they can use. Regional assets entail things like physical capital or infrastructure, human capital, financial capital, natural capital or natural resources and the social capital that is out there. The challenge for us and for citizens is how to take those five regional assets and turn them into opportunities that give people the choice to live, to work and to raise families in their community.

In our work with citizens, and some of the people that we work with are here today, there are five broad policy themes that are used to turn assets into opportunities. The five policy themes are as follows: to stimulate labour demand or to create jobs, to enhance the labour supply in terms of skills, to provide high quality public programs and infrastructure investments, to do appropriate municipal governance — not to suggest that municipal governance is inappropriate right now — and to build leadership in communities. Across all of that, of course, there is a thread that goes through there that youth is important to these communities, given our rapid demographic change.

This is a very simple model. For those senators that have the written presentation, there is the graphic form in the presentation. It looks simple. It is not intuitively challenging. It can get challenging in a hurry. It can get complex in a hurry. You can draw a lot more boxes on a model. You can draw a lot of lines going left, right and centre. The point that we want to make is that do not make a model complicated. Do not make the process complicated. Keep it simple. Build a model that resonates with citizens out there. Allow them to see the issues that are important to them in their regions and then populate that model with data. Populate the model with things and quantitative information that allows them to see themselves in it and allows them to see a role

Comment faire pour transformer ces atouts en possibilités pour donner aux gens le choix de vivre dans la petite collectivité X ou Y, plutôt qu’à St. John’s, Toronto ou Fort McMurray. Comme je disais, les données sont en bonne partie les mêmes que dans le cas du modèle de la santé des populations, mais l’endroit où l’accent est mis varie en fonction du lieu où vivent les citoyens auxquels nous nous adressons.

Dans le haut de notre modèle, nous disons que notre travail vise trois objectifs stratégiques, ce que les citoyens veulent et ce qu’ils nous ont dit. Ils veulent qu’on assure la durabilité régionale. Ils veulent pouvoir vivre au même endroit pendant 5, 10 ou 15 ans, que ce soit une petite collectivité, comme je disais, ou une collectivité de taille plus importante. Activité économique, emplois et revenu sont des éléments essentiels au bon déroulement du processus. La durabilité démographique — et quiconque connaît notre province sait que nous vivons des changements démographiques rapides — est une chose importante.

À l’opposé, il y a des atouts régionaux, et il s’agit grosso modo de ce que les gens peuvent utiliser sur le terrain. Les atouts régionaux sont des choses comme le capital matériel ou l’infrastructure, le capital humain, le capital financier, le capital naturel ou les ressources naturelles et le capital social qui existent. Le défi qui se pose pour nous et pour les citoyens, c’est de transformer ces cinq atouts régionaux en possibilités pour les gens de choisir de vivre, de travailler et de fonder une famille dans leur collectivité.

Dans le cadre du travail que nous effectuons avec les citoyens — et certaines des personnes avec qui nous travaillons sont ici aujourd’hui —, il y a cinq grands thèmes d’orientation qui servent à la transformation des atouts en possibilités. Ces cinq thèmes d’orientation sont les suivants : stimuler la demande en main-d’œuvre ou créer de l’emploi, améliorer l’offre de main-d’œuvre au chapitre des compétences, offrir des programmes publics de grande qualité et investir dans l’infrastructure publique, assurer une bonne gouvernance municipale — n’entendez pas par là que la gouvernance municipale est inadéquate à l’heure actuelle — et renforcer le leadership communautaire. Évidemment, le fil conducteur de tout cela, c’est que les jeunes jouent un rôle important dans ces collectivités, vu l’évolution rapide de notre situation démographique.

Il s’agit d’un modèle très simple. Les sénateurs qui ont le document de mon exposé devant eux trouveront dans celui-ci une représentation visuelle de ce modèle. Celui-ci a l’air simple. Il ne semble pas poser de problème. Il peut rapidement devenir difficile à appliquer. Il peut rapidement devenir complexe. On peut ajouter beaucoup plus de cases dans un modèle. On peut tracer beaucoup de flèches vers la gauche, vers la droite et vers le centre. L’idée que nous voulons vous transmettre, c’est : ne rendez pas le modèle compliqué. Ne rendez pas le processus compliqué. Faites en sorte que ça demeure simple. Établissez un modèle qui dit quelque chose aux citoyens. Montrez-leur les questions qui sont importantes pour eux, dans leurs régions, puis intégrez des

for themselves for their communities and for government to assist them.

How does Community Accounts help us with this? If you look at the five policy themes that I spoke about — jobs, skills, public programs, municipal governance, and community leadership — Community Accounts has data on all these. It allows individuals to see for their community, for their region, in some cases for their neighbourhood, where they fare, how they compare comparatively to other communities, how they compare over time.

Why is this all important and why am I talking about this? I want to borrow a phrase that Al Hollett uses periodically. This is Community Accounts in one sentence. "It allows us to debate the issues with citizens out there, not to debate the numbers." Quite often, as Aisling reference earlier, we used to debate numbers with citizens. Who has the right number? Who has the wrong number? Energies, time, everything was taken up trying to figure out whether the number was "X" or "Y". We do not have that problem anymore in many cases, because of the accounts. Right now, we debate the issues; we do not debate the numbers.

I want to let the other panellists speak, but I just want to go through very briefly some of the case examples. I will not go into detail with these. A lot of local users that we work with in the province use Community Accounts for a variety of reasons other than population health and looking at the determinants of health, which is important. They look at CAs for understanding local or regional labour market shortages. They look at CAs for understanding labour market behaviours out there, seasonal employment and so on, changing labour market dynamics. They look at CAs for understanding demographic shifts. One of the ones coming to the fore lately is understanding municipal governance and regional planning in a municipal context. That one, I suspect, will take on a life of its own over the next few years.

The last one I want to talk about is a vital one, and I want to reference it, that is, understanding the changing demand for public services given changing demographics at regional levels. Quite often, what we are seeing now in many cases is a dramatic shift from providing K to Grade 12 education to providing health care for seniors. That is a simple statement, and there are many complexities that go around that, but the process by which we do that, building citizens' knowledge and allowing them to understand and to support that, is vital as we move forward.

données au modèle. Intégrez au modèle des choses et de l'information quantitative qui permettent aux citoyens de s'y reconnaître, et montrez-leur qu'ils ont un rôle à jouer pour que leur collectivité et leur gouvernement leur viennent en aide.

En quoi les comptes communautaires nous sont-ils utiles à cet égard? Si vous prenez les cinq thèmes d'orientation que j'ai cités — les emplois, les compétences, les programmes publics, la gouvernance municipale et le leadership communautaire —, et il y a des données sur tout cela dans les comptes communautaires. Cela permet aux gens de prendre connaissance de la situation de leur collectivité, de leur région, et, dans certains cas, de leur quartier, et ils peuvent voir comment ils s'en tirent, comment leur situation se compare à celle des autres collectivités, et comment cette comparaison évolue avec le temps.

Pourquoi tout cela est-il important? Pourquoi est-ce que j'en parle? Je veux citer une phrase qu'Al Hollett répète de temps à autre. C'est une phrase qui résume ce que sont les comptes communautaires. La voici : « Les comptes communautaires nous permettent de débattre des questions avec les citoyens, et non de débattre des chiffres. » Il nous est arrivé souvent, comme Aisling l'a dit tout à l'heure, de débattre des chiffres avec les citoyens. Qui a le bon chiffre? Qui n'a pas le bon chiffre? Nous utilisons notre énergie et notre temps pour essayer de déterminer si tel ou tel chiffre était le bon. Dans bien des cas, nous n'avons plus ce problème, grâce aux comptes. En ce moment, nous débattons des questions; nous ne débattons pas des chiffres.

Je veux laisser les autres témoins parler, mais je veux simplement vous donner quelques exemples de cas très rapidement. Je ne vais pas entrer dans le détail. Beaucoup d'usagers locaux avec qui nous travaillons dans la province utilisent des comptes communautaires pour toutes sortes d'autres raisons que pour étudier la santé des populations et les déterminants de la santé, qui sont des choses importantes. Ces usagers consultent les CC pour essayer de comprendre les pénuries qui touchent le marché du travail local ou régional. Ils les consultent pour se faire une idée de l'évolution du marché du travail, de la situation de l'emploi saisonnier, ainsi que de l'évolution de la dynamique du marché du travail. Ils consultent aussi les CC pour comprendre certains changements démographiques. L'une des choses dont on entend parler ces temps-ci, c'est la compréhension de la gouvernance municipale et de la planification régionale dans le contexte municipal. Je pense que ça va devenir un domaine à part entière au cours des années qui viennent.

Le dernier élément dont je veux parler est essentiel, et il s'agit de la compréhension de l'évolution de la demande en services publics à l'échelle régionale en fonction des changements démographiques en cours. Ce dont nous sommes témoins en ce moment, dans bien des cas, c'est le passage rapide de la prestation d'un programme d'éducation de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année vers la prestation de soins de santé aux aînés. C'est un énoncé simple, et il y a de nombreux éléments complexes qui l'entourent, mais le processus par lequel nous faisons cela, le fait de renforcer les connaissances des citoyens et de leur permettre de comprendre et d'appuyer ce processus, est une chose essentielle pour l'avenir.



I want to conclude by summarizing the three points that I raised.

First, the data comes alive because of the human element, and I work with data quite a lot. Data is dry. Data are numbers. The key is not to look at numbers. The key is to interpret numbers and make the data come to life, and the human element here is vital to that process.

Second, the cross-pollination of data, as I refer to it, breeds learning and breeds knowledge. As I said, in some cases that was incidental, but it has become valuable over time. The third point is, of course, that simple conceptual frameworks that resonate with citizens are powerful. Give citizens a reason to look at data. Allow them to see themselves in the data and the process will become a lot more powerful.

My last point is this. Community Accounts have allowed us to engage with citizens to challenge their perceptions and the presumptions about government, about what is going on around them, in a very honest and forthright manner. What we are engaged in here is a cultural shift in how we as a government think, how citizens think and how we engage with citizens and work with citizens as a government. I think over the long term, be it 5 years, 10 years from now, there will be a benefit from the Community Accounts in terms of decision-making processes, but this cultural shift is going to be a broad societal change that will, hopefully, bring us a lot further in rural areas and urban areas.

**The Chair:** Thank you very much, Gerald.

Sergeant Ross.

**Sergeant Doug Ross, Non-Commissioned Officer in Charge, RCMP Corporate Planning and Client Services, Newfoundland and Labrador:** Mr. Chair, senators, thank you very much for inviting me to come here today and participate in this forum. I have been a member of the Royal Canadian Mounted Police for 15 years, the first 11 of which has been on providing front-line services throughout this province as well as three years in the province of Nova Scotia. For the past four years, I have worked as a planning analyst responsible for strategic planning in client services duties for the RCMP within the province of Newfoundland and Labrador. In this capacity, I have had an opportunity to observe presentation from Newfoundland and Labrador Statistics Agency in relation to a project they were working on called Community Accounts.

As you know, Community Accounts is an innovative information system which provides citizens and policy-makers with a single comprehensive source of key social, economic and health data and indicators that would not otherwise be readily available. The agency was interested in expanding their project to include a justice and safety component. I immediately realized the potential for a mutually beneficial relationship. Adding a justice

Je veux conclure en résumant les trois idées que je vous ai présentées.

Premièrement, c'est l'élément humain qui rend les données vivantes, et je travaille beaucoup avec les données. C'est une matière qui est aride. La clé, c'est de ne pas regarder des chiffres. La clé, c'est d'interpréter les chiffres et de rendre les données vivantes, et l'élément humain est essentiel à ce processus.

Deuxièmement, la pollinisation croisée des données, comme j'appelle cela, permet d'apprendre des choses et d'acquérir des connaissances. Comme je le disais, dans certains cas, ce n'était pas prévu, mais c'est quelque chose qui est devenu précieux avec le temps. La troisième idée, bien sûr, c'est que des cadres conceptuels simples et qui disent quelque chose aux citoyens sont un outil puissant. Il faut donner aux citoyens une raison d'examiner les données. Il faut leur permettre de se reconnaître dans ces données, et c'est ainsi qu'on rend le processus beaucoup plus efficace.

La dernière chose que je veux dire, c'est que les comptes communautaires nous ont permis de solliciter la participation des citoyens et de remettre en question leurs perceptions et leurs idées préconçues au sujet du gouvernement, au sujet de ce qui se passe autour d'eux, d'une façon très honnête et directe. Ce à quoi nous participons ici, c'est à un changement culturel quant à la façon dont le gouvernement réfléchit, quant à la façon dont les citoyens réfléchissent et quant à la façon dont nous sollicitons la participation des citoyens et dont nous travaillons avec eux comme gouvernement. Je pense que, à long terme, que ce soit dans cinq ou dix ans, les comptes communautaires vont se révéler être un avantage sur le plan des processus décisionnels, mais ce changement culturel va être un changement pour la société qui, je l'espère, doit nous permettre de faire beaucoup de progrès dans les régions rurales et dans les régions urbaines.

**Le président :** Merci beaucoup, Gerald.

Sergent Ross.

**Sergent Doug Ross, sous-officier responsable, GRC, Planification générale et services à la clientèle, Terre-Neuve-et-Labrador :** Monsieur le président, sénateurs, merci beaucoup de m'avoir invité à participer à la présente tribune. Je suis membre de la Gendarmerie royale du Canada depuis 15 ans, et j'ai passé les 11 premières années à offrir des services de première ligne dans l'ensemble de la province ainsi que dans la province de la Nouvelle-Écosse pendant trois ans. Depuis quatre ans, je travaille comme analyste de la planification responsable de la planification stratégique des services à la clientèle de la GRC à Terre-Neuve-et-Labrador. Dans le cadre de mes fonctions, j'ai eu l'occasion d'écouter un exposé des représentants du Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador sur un projet auquel ils travaillaient et qui portait le nom de comptes communautaires.

Comme vous le savez, les comptes communautaires sont un système d'information novateur qui offre aux citoyens et décideurs une source unique et complète de données et d'indicateurs sociaux, économiques et sur la santé qui, sans ce système, ne seraient pas immédiatement accessibles. Les gens du bureau étaient intéressés à donner de l'ampleur à leur projet en incluant une composante sur la justice et la sécurité. Je me suis



component would allow employees, the public and the government to retrieve the various data sets and indicators along with crime- and justice-related statistics according to a number of different boundaries for the 400 communities, including the 80 census subdivisions, 20 economic development zones and the province as a whole.

Information currently retrievable at the level of Rural Secretariat regions, health authorities, school districts and Human Resource Development Canada regions would also now be available, based on our policing districts and jurisdictions.

On behalf of the RCMP Newfoundland and Labrador, I worked with the Newfoundland and Labrador Statistics Agency to develop a MOU that allowed the data-sharing relationship with the agency. I worked with the agency providing rationale and a supporting document and participated in a series of meetings and teleconferences that culminated in the agency receiving funding under the National Crime Prevention Initiative. Based on this funding, the agency hired data-entry staff and worked with the RCMP to convert our data for a two-year period for 2003 and 2004 into a usable format. They took, basically, all of our crime data for the province right down to the community level, to what we refer to as the zone level, which could be as small as a neighbourhood, and converted that data to usable data that they could use on their website.

Although some of the data remains on the agency's developmental server, through a collaborative effort we have been able to move the initiative forward, and we are hoping that the remaining data will eventually become accessible on the public server. Recognizing the potential benefit and opportunities of this sort of comprehensive tool in assessing and planning for police and public safety needs and recognizing the potential role it could play nationally, I brought the tool to the attention of the RCMP National Client Service Enhancement Project team and the national aboriginal strategic priority working group. Representatives of these groups have examined the Community Accounts tool and have found it very impressive. Considering aboriginal requirements within the RCMP, the national priority working group has identified a need for a comprehensive community-assessment tool at the front end of aboriginal service planning in order to determine the policing and public safety needs, while also accounting for what resources and supports are available to draw upon for approximately the 600 aboriginal communities the RCMP police throughout the country. The only way to know where our greatest needs and demands are is to compare each community to other communities.

immédiatement aperçu qu'il serait possible d'établir une relation dont les deux parties tireraient avantage. L'ajout d'une composante sur la justice permettrait aux employés, à la population et au gouvernement de récupérer différents ensembles de données et d'indicateurs ainsi que des statistiques liées à la justice et au crime en fonction de différentes zones pour les 400 collectivités de la province, notamment les 80 subdivisions de recensement, les 20 zones de développement économique et la province en entier.

L'information qu'il est actuellement possible de récupérer pour les régions du Secrétariat rural, pour les régions desservies par les régies de la santé, pour les arrondissements scolaires et pour les régions de Développement des ressources humaines Canada pourrait également être récupérable en fonction des zones desservies par nos services de maintien de l'ordre.

Pour le compte de la section de Terre-Neuve-et-Labrador de la GRC, j'ai travaillé en collaboration avec le Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador à l'élaboration d'un PE permettant l'échange de données avec celui-ci. J'ai travaillé avec les gens du Bureau à rédiger une justification et les documents à l'appui du projet, et j'ai participé à une série de réunions et de téléconférences à l'issue desquelles le Bureau a reçu du financement dans le cadre de l'Initiative nationale de prévention du crime. Grâce à ce financement, le Bureau a embauché du personnel et a saisi des données et a travaillé avec la GRC à la conversion de nos données pour en permettre l'utilisation pendant deux ans, en 2003-2004. Grosso modo, ils ont pris toutes nos données relatives au crime pour la province, jusqu'à l'échelle des collectivités, que nous appelons l'échelle des zones, et qui peuvent ne comprendre qu'un seul quartier, et ils les ont converties en données qu'ils pourraient utiliser dans leur site Web.

Une partie des données se trouve toujours sur le serveur du projet, mais, grâce à un effort de collaboration, nous avons été en mesure de faire avancer l'initiative, et nous espérons que les données qui restent pourront être accessibles sur le serveur public à un moment donné. Vu les avantages et les possibilités que ce genre d'outil global pourrait offrir dans le cadre de l'évaluation et de la planification des besoins en matière de maintien de l'ordre et de sécurité publique, et vu le rôle que cet outil pourrait jouer à l'échelle nationale, j'ai porté la question à l'attention de l'équipe du Projet national de l'amélioration des services à la clientèle et du Groupe de travail national sur la priorité stratégique pour les Autochtones. Des représentants de ces deux groupes ont examiné l'outil des comptes communautaires et l'ont trouvé très impressionnant. Compte tenu des exigences relatives aux Autochtones auxquelles la GRC doit se plier, le groupe de travail national a déterminé qu'il serait nécessaire d'utiliser un outil global d'évaluation des collectivités en amont du processus de planification des services aux Autochtones afin de déterminer les besoins en matière de maintien de l'ordre et de sécurité publique, tout en tenant compte des ressources et du soutien accessibles pour les quelque 600 collectivités autochtones du pays où la GRC est chargée du maintien de l'ordre. La seule façon de déterminer où est la demande et où sont les besoins les plus importants, c'est de comparer chacune des collectivités entre elles.

Representatives of the national priority working group have attended the training session with Community Accounts here in St. John's. This session was followed by a series of meetings in relation to options for using this as a national tool in support of the national aboriginal policing strategic priority.

A number of weeks ago, I was asked to participate in this discussion. It is like one of those commercials for a cell phone. I was on a cell phone talking to Alton, but I did not quite get all of the details, and I agreed to speak to the committee. I was very excited and passionate about the project and the benefits for both, our communities as well as the RCMP in this province. I readily accepted, without too many questions, to appear before the group.

It was not until I actually received the correspondence from staff of this committee that I realized that I in fact agreed to speak before a subcommittee on population health. I was a little surprised when I realized the topic of the meeting, considering my background is solely in policing and police planning. In preparation for the meeting today, I did some research on the committee, as well as its role and some of the various people who had appeared before the committee.

What became very clear to me through that research were the similarities between crime prevention and disease prevention. I wrote out a little parable that I was going to speak about today, but instead of reading it I will just speak to it. I suspect a lot of you have probably heard it before. It is what I call The River Story; perhaps you have heard it before. I have used this, interestingly enough, when I am doing presentations at the community levels to try to explain to communities the importance of getting involved in community policing initiatives to prevent crime.

Basically, the parable goes something like this: I was out walking one day and came upon a river, and there was someone floating by in the river. They were screaming for help so I swam out and I grabbed the person and I swam to shore. I was trying to do CPR on the person when I noticed another person floating by in the river. Of course, I stopped doing CPR and I swam out and grabbed that person and swam to shore and started CPR. All of a sudden, another person started swimming by, so some other people started coming over and helping me. This continued for a period of time. Then I decided that I needed to go upstream to see exactly what was going on and determine where these were people coming from. I started to go upstream, but some of the people who were there trying to provide CPR asked where I was going. I said that I was going upstream. They replied that all of these people need help, that there are more people coming down the river and we have to save these people. As hard as it was to step away from those people who needed my help, I went

Les représentants du Groupe de travail national sur la priorité pour les Autochtones ont assisté à la séance de formation sur les comptes communautaires qui a lieu ici, à St. John's. Il y a eu par la suite une série de réunions sur les différentes options d'utilisation des comptes communautaires comme outil national à l'appui de la réalisation de la priorité stratégique nationale en matière de maintien de l'ordre concernant les Autochtones.

Il y a quelques semaines, on m'a demandé de participer au débat que nous tenons aujourd'hui. C'était comme un message publicitaire pour un téléphone cellulaire. Je parlais au téléphone cellulaire avec Alton, mais j'ai accepté de participer à la séance du comité sans vraiment avoir tous les détails. J'étais très enthousiaste et passionné au sujet du projet et des avantages pour les collectivités ainsi que pour la GRC, dans la province. J'ai tout de suite accepté l'invitation de témoigner devant le groupe, sans trop poser de questions.

Ce n'est que lorsque j'ai reçu une lettre de la part du personnel du comité que je me suis aperçu que j'avais en fait accepté de témoigner devant un sous-comité sur la santé des populations. J'ai été un peu surpris lorsque j'ai appris quel était l'objet de la réunion, vu que je n'ai de l'expérience que dans la planification des services de police et de maintien de l'ordre. Pour me préparer à la séance d'aujourd'hui, j'ai fait des recherches sur le comité, sur son rôle et sur les différents témoins qui ont comparé devant celui-ci.

Ce qui m'est apparu comme étant très clair dans le cadre de ces recherches, ce sont les ressemblances qui existent entre la prévention du crime et la prévention des maladies. J'ai écrit une petite fable que je pensais réciter aujourd'hui, mais plutôt que de la lire, je vais simplement en parler. Je pense que bon nombre d'entre vous l'avez probablement déjà entendue. C'est ce que j'appelle l'Histoire de la rivière; peut-être avez-vous déjà entendu ce titre. Ce qui est assez intéressant, c'est que j'ai utilisé cette histoire lorsque j'ai présenté des exposés dans les collectivités pour essayer d'expliquer aux gens l'importance de participer aux initiatives communautaires de prévention du crime organisé dans les services de maintien de l'ordre.

En gros, la fable est la suivante : je faisais une promenade un jour et je suis arrivé au bord d'une rivière, et il y avait une personne dans l'eau. Elle criait à l'aide, alors j'ai nagé jusqu'à elle et je l'ai ramenée sur le rivage. Pendant que je procédais à un RCR, j'ai remarqué qu'il y avait une autre personne dans l'eau. Bien entendu, j'ai cessé ce que je faisais et j'ai nagé jusqu'à cette autre personne pour la ramener sur le rivage et tenter de la ranimer elle aussi. Il y avait encore une autre personne dans l'eau, alors d'autres gens sont venus m'aider. Ça a continué ainsi pendant un bout de temps. J'ai ensuite décidé qu'il fallait que je me rende en amont pour voir ce qui se passait exactement et pour voir d'où les personnes qui étaient dans l'eau venaient. J'ai commencé à remonter le cours de la rivière, mais certaines des personnes qui essayaient de réanimer les gens qui avaient été dans l'eau m'ont demandé où j'allais. Je leur ai répondu que je m'en allais en amont. Elles m'ont dit que tous ces gens avaient besoin d'aide, qu'il y en avait encore dans l'eau et qu'il fallait les



upstream. I found that there was someone up there throwing people in the river.

Of course, in the process of going upstream, as a policeman I was able to deal with this person who was throwing people in the river, but some people happened to float by during the process.

Just to bring it back to the context at hand, it certainly relates both to disease prevention and crime prevention. We get so focused on dealing with the treatment of the result of the issue that it is very difficult for us to head upstream. That did a couple of things. It allowed me to relate the significant similarities between disease prevention and crime prevention, but also I think it allowed me to reflect back upon Community Accounts and the significant role it plays in relation to trying to move upstream. I believe that Community Accounts are a tool that can help us move upstream and attempt to ascertain the root causes and subsequently target the communities with the greatest needs and demands, consequently ensuring the most significant and effective impacts, based on the resources that are available.

Just to add to some comments that some of the previous speakers have made — and I made some notes here. It is great to come to functions like this because you can leave with all kinds of great ideas. If I do not leave you with any great ideas that I have spoken about today, it has not been a waste of my time because I have all kinds of great ideas that I written down here from the previous speakers.

I would like to make some comments in relation to Ms. Maddigan's comments on the mapping issue. Through Community Accounts, we have achieved a lot of benefits. They have mapped out all of our boundaries for us and because of that we are able to take all the existing data sets that they have and now draw upon that data and format it based on our boundaries and our policing jurisdictions. Also, we have been able to get an idea of what sort of infrastructure is available, what sort of partners are available, what sort of support features are available at every level, right from our small rural communities up to the larger areas that we police.

Also, to add to the comment in relation to the staff at Community Accounts, as planning analysts we sometimes have a tendency to maybe over-complicate things. One of the great things that Alton and his staff bring to the table, I find, is a very pragmatic and common-sense approach, one that is very appealing not only to the public but also to the senior managers to whom I have to deliver some of this data.

sauver. Même si ça a été très difficile de laisser derrière moi ces gens qui avaient besoin de mon aide, je suis quand même allé en amont de la rivière. J'y ai découvert que les gens se retrouvaient dans l'eau parce que quelqu'un les y jetait.

Bien sûr, en remontant la rivière, comme je suis policier, j'ai été capable de m'occuper de la personne qui jetait les gens à l'eau, mais certaines personnes sont demeurées dans l'eau pendant le processus.

Pour remettre cela dans le contexte de notre discussion, il est clair qu'il y a un lien à faire avec la prévention des maladies et la prévention du crime. Nous nous occupons parfois tellement de ce qui découle d'un problème qu'il est très difficile pour nous de voir ce qui se passe en amont. Le fait de me préparer pour la présente séance a engendré deux ou trois choses. Cela m'a permis de découvrir les ressemblances importantes qui existent entre la prévention des maladies et la prévention du crime, mais ça m'a aussi permis de revenir sur les comptes communautaires et sur le rôle important qu'ils jouent par rapport au fait de voir ce qui se passe en amont. Je pense que les comptes communautaires sont un outil qui peut nous aider à voir ce qui se passe en amont et à comprendre les causes des phénomènes, puis à cibler les collectivités où la demande et les besoins sont le plus élevés, pour ainsi obtenir le plus de résultats possible de la façon la plus efficace possible, en fonction des ressources accessibles.

J'aimerais simplement ajouter quelques éléments aux observations formulées par les témoins précédents — et j'ai pris des notes. C'est super de participer à un événement du genre, parce qu'on repart avec toutes sortes d'idées extraordinaires. Si ce que j'ai dit ne vous permet pas de repartir avec des idées extraordinaires, pour ma part, je n'aurai pas perdu mon temps, parce que j'ai noté toutes sortes d'idées extraordinaires qu'ont formulées les témoins précédents.

J'aimerais dire quelques mots au sujet des observations formulées par Mme Maddigan au sujet de la cartographie. Les comptes communautaires nous ont offert toutes sortes d'avantages. Le recours à ces comptes a eu pour effet d'établir les frontières de toutes les zones de notre province, et grâce à cela, nous avons été en mesure de prendre tous les ensembles de données qui figurent dans ces comptes aujourd'hui et de récupérer ces données en fonction des différentes zones de notre province, notamment des territoires des services de maintien de l'ordre. De plus, nous avons pu nous faire une idée du genre d'infrastructure qui existe, du genre de partenaires auxquels nous pouvons avoir recours, du genre d'outils de soutien qui existent à tous les niveaux, des petites collectivités rurales aux grandes zones où nous sommes chargés du maintien de l'ordre.

Par ailleurs, pour ajouter quelque chose à ce qui a été dit sur le personnel des comptes communautaires, nous, les analystes de la planification, avons parfois tendance à rendre les choses trop compliquées. L'une des contributions extraordinaires d'Alton et de son équipe, selon moi, c'est une approche très pragmatique et pleine de bon sens, une approche très intéressante non seulement pour la population, mais également pour les gestionnaires principaux à qui je dois fournir certaines de ces données.



As well, Ms. Gogan made some comments in relation to baskets of goods and some issues in relation to levels of remoteness. These are factors that have a significant impact on our organization. I have worked with Community Accounts in relation to some of their remoteness indicators to help us in relation to some of the unique challenges we have in staffing some of our remote locations and tying in compensation for employees based on levels of remoteness. So again, as a neutral outside agency they can provide a somewhat non-biased perspective on some of those things that are going to be tied into compensation for employees.

Also, some comments in relation to Mr. Crane's presentation. There are some unique challenges in providing services to some rural communities. This is exacerbated to some degree by the fact that there is a tendency for resources, particularly incremental resources, to focus on larger centres, and that is a challenge that we face in policing a vast majority of rural communities in this province. So a tool like this really helps us to explain our challenges to the provincial government, to whom we provide contract policing services.

One of the other advantages, from my experience from presentations I have made to the provincial government and to a provincial cabinet finance committee, is that if it is our data, they have tendency to question that, as it can be somewhat self-serving on occasion. However, if I footnote data from Community Accounts, it is really instantaneously accepted by the target audience that we are delivering the presentation to.

In closing, I want to thank everyone for the opportunity to be here. I am very passionate about our relationship with Community Accounts. My only reservation is that, probably because of our capacity on the RCMP side to commit more resources to it, it has not moved as far forward as both myself and Alton would have liked it to have gone.

**The Chair:** Thank you very much, indeed. It really is so very simple if collectively we could just get there. Getting people through the human lifecycle, and I will use the expression from Community Accounts, in a state of well-being is the goal. Before I came here, I would be saying in a state of good health, but good health is a little too narrow; they have to be in a state of well-being. There is the old saying about it taking a village to raise a child; however, we have lost our villages in Canada. Canada now has six huge metropolises, and a number of slightly smaller ones, causing you, in the police world, all kinds of headaches — including these huge schools that are out of control and all of this stuff. We have to find a way of getting back to the ground. As Joy mentioned in her opening remarks, we have to find a way of combining primary health care with community services and social services and so forth, but more important than that, we

Par ailleurs, Mme Gogan a dit certaines choses au sujet des paniers de biens et elle a soulevé certaines questions en rapport avec le degré d'éloignement. Ce sont des facteurs qui ont une incidence importante sur notre organisation. J'ai utilisé les indicateurs d'éloignement des comptes communautaires pour tenter de résoudre certains de nos problèmes uniques au chapitre de la dotation dans certains de nos bureaux éloignés et pour établir les indemnités que nous offrons à nos employés en fonction du degré d'éloignement. Ainsi, cet organisme extérieur et impartial est en mesure d'offrir une perspective en quelque sorte objective sur certaines de ces choses qui vont être liées à la rémunération des employés.

Je veux également dire quelque chose au sujet de l'exposé de M. Crane. La prestation de services dans certaines collectivités rurales pose certains problèmes uniques. Ce phénomène est amplifié dans une certaine mesure par le fait que les ressources et plus particulièrement les ressources supplémentaires, ont tendance à être accordées surtout aux grands centres, et c'est un problème auquel nous sommes confrontés pour ce qui est du maintien de l'ordre dans la vaste majorité des collectivités rurales de la province. Un outil comme celui-ci nous aide donc vraiment à expliquer les problèmes auxquels nous sommes confrontés au gouvernement provincial, à qui nous fournissons des services de maintien de l'ordre par contrat.

L'un des autres avantages, d'après l'expérience que j'ai pour avoir présenté des exposés au gouvernement provincial et au comité des finances du cabinet provincial, c'est que, si ce sont nos données que nous utilisons, les gens ont tendance à les mettre en doute, parce qu'on peut parfois présenter des données avantageuses pour soi. Cependant, si je cite en note de bas de page des données provenant des comptes communautaires, le groupe cible à qui nous présentons l'exposé accepte immédiatement leur validité.

Pour conclure, je tiens à remercier tout un chacun de l'invitation à comparaître ici. Notre relation avec les comptes communautaires me passionne beaucoup. Ma seule réserve, c'est que, probablement en raison de la capacité de la GRC d'engager d'autres ressources dans ce domaine, les choses n'ont pas progressé autant qu'Alton et moi-même l'aurions souhaité.

**Le président :** C'est nous qui vous remercions. Ce serait tellement simple, si, collectivement, nous pouvions atteindre ce but. L'objectif, c'est de faire passer les gens par le cycle de la vie humaine — et je vais utiliser l'expression tirée des comptes communautaires — dans le bien-être. Avant de venir ici aujourd'hui, j'aurais dit en bonne santé, mais c'est un peu trop restreint; il faut que les gens vivent dans le bien-être. Il y a le vieil adage selon lequel il faut un village pour élever un enfant; cependant, il n'y a plus de village au Canada. Il y a maintenant six grandes métropoles, et de nombreuses villes plus petites, ce qui est une cause, pour vous, les gens du milieu policier, de maux de tête de toutes sortes — y compris ces écoles de taille très imposante qui sont incontrôlables, entre autres. Nous devons trouver le moyen de retourner aux choses concrètes. Comme Joy l'a dit dans son exposé, nous devons trouver le moyen de combiner les soins de

have to get the community to own it and take pride in it, to build it on their own. This is the exciting thing about this data pool, this methodology.

I did not want to take time out here for a sermon, but I am trying to get all of you people to tell us what we need to know.

We will move now to Lisa Browne from Clarendville.

**Lisa Browne, Planning Specialist, Eastern Health:** I have no parables or sermons, but I thought what I would do today — first, thank you very much for the opportunity. I am thrilled to be here; particularly, it is always nice to talk about something that is so positive. We often do not get to do that, so thank you.

I thought I would take a little bit of time to talk about how I have used Community Accounts in my role as a planning specialist with Eastern Health and also from a municipal governance perspective. I will also highlight some of the reasons why I think Community Accounts is so successful and outline a couple of the challenges that it faces.

Eastern Health is a regional health authority that offers the full continuum of health, from community health to primary and secondary health services, and tertiary services in our case. As a planning specialist, I can barely imagine doing my job without Community Accounts. It is that valuable and important to my role.

Let me give you just a couple of examples. One is the community health needs assessments. We have just completed two community health needs assessments in two different areas of the region. We took a determinants-of-health perspective to look at those needs assessments. We took each of the determinants, used mostly the information available in Community Accounts, and supplemented that with our own primary research through key informant interviews and focus groups and telephone survey. As you can imagine, we came up with a very rich comprehensive document that talks about the needs of that particular area.

The Burin Peninsula, for example, was one of the areas. If you look at Community Accounts, then you know that the Burin Peninsula is in the lower half of the nine Rural Secretariat regions in the province in terms of per capita income, and it is the second most reliant Rural Secretariat region on government transfers. Given that a very important determinant of health is income and social status, that sort of information is necessary in order to

santé primaires et les services communautaires et sociaux, et ainsi de suite, mais, ce qui est encore plus important, il faut faire en sorte que la collectivité s'approprie cela et en soit fière, il faut qu'elle bâtisse cela elle-même. C'est ce qui suscite l'enthousiasme pour cet ensemble de données, pour cette méthode.

Je ne voulais pas prendre du temps pour faire un sermon, mais j'essaie de faire en sorte que vous nous disiez tout ce que nous devons savoir.

Nous allons maintenant écouter Lisa Browne, de Clarendville.

**Lisa Browne, spécialiste de la planification, Eastern Health :** Je n'ai ni fable à vous raconter ni sermon à faire, mais j'ai pensé que ce que je ferais aujourd'hui... d'abord, merci beaucoup de m'avoir invitée. Je suis très heureuse d'être ici. C'est surtout toujours agréable de parler de quelque chose d'aussi positif. C'est assez rare que nous puissions le faire, alors je vous remercie de l'occasion.

J'ai pensé prendre quelques instants pour vous parler de la façon dont j'ai utilisé les comptes communautaires dans le cadre de mes fonctions de spécialiste de la planification à Eastern Health, et également du point de vue de la gouvernance municipale. Je vais également souligner certaines des raisons pour lesquelles les comptes communautaires fonctionnent si bien, selon moi, ainsi que deux ou trois des problèmes qui se posent par rapport à ceux-ci.

Eastern Health est une régie régionale de la santé qui offre un ensemble complet de soins de santé, des services de soins de santé communautaires jusqu'aux services de soins de santé primaires et secondaires, en passant par les services de soins tertiaires, dans notre cas. Comme spécialiste de la planification, j'ai peine à imaginer que je pourrais faire mon travail sans les comptes communautaires. Ils sont à ce point précieux et importants pour moi.

Permettez-moi de vous donner deux ou trois exemples. Commençons par les évaluations des besoins en santé communautaire. Nous venons tout juste de terminer deux évaluations des besoins en santé communautaire dans deux secteurs différents de la région. Nous avons envisagé ces évaluations des besoins dans la perspective des déterminants de la santé. Nous avons pris chacun des déterminants, utilisé surtout l'information contenue dans les comptes communautaires et complété le tout par les renseignements que nous avons obtenus directement dans le cadre d'entrevues auprès des principaux intervenants, de groupes de concertation et d'enquêtes téléphoniques. Comme vous pouvez l'imaginer, nous avons rédigé un document très riche en informations et très complet qui porte sur les besoins de ce secteur.

L'un des secteurs, par exemple, était celui de la péninsule Burin. Si vous jetez un coup d'œil sur les comptes communautaires, vous pouvez constater que la péninsule Burin se classe parmi les régions du Secrétariat rural de la moitié inférieure de la province au chapitre du revenu par habitant et qu'elle se classe au deuxième rang de ces régions pour ce qui est de la dépendance envers les transferts gouvernementaux. Comme le



determine what interventions might work best for that community.

Joy mentioned strategic planning and operational planning. The health boards must submit a strategic plan to government every three years and certainly the demographic information available in Community Accounts is very rich and very appropriate for them.

Our organization's directors also submit a departmental operational plan. As an example, if we take a look at the Clarendville-Bonavista Rural Secretariat Region, which has a director, we can tell them, for example, that the school-age population in this area, which is the 5- to 19-year-old age group has declined by 56 percent from 1986 to 2007 and that the seniors population, 65-plus, has increased by 20 percent from 1986 to 2007. Clearly, this has major implications for health care planning and services that we offer. So you might consider your long-term care programs versus what is it that you do in terms of child care programs, that sort of thing.

What I really like about Community Accounts is that it adds that quantitative aspect to the qualitative part that we may or may not know. It provides that evidence that we need to know.

In addition to having an impact on programming, of course, statistics like the ones I just gave you also have an impact on human resource management as well as facility and infrastructure management. Long-term care facilities, for example, personal care homes, would certainly be required given the population trends that we see.

One of the things that Community Accounts offers, as well, is population projections — something that I really like. If you go to consulting firms, that can be rather expensive to get, depending on the model that you use. Hence, to be able to have population projects, I think, is very positive.

In term of health promotion, we have recently finished a regional health promotion plan and the information provided in terms of the determinants of health is very important from that perspective.

One of the things that we are currently looking at is indicator development. Of course, many health organizations are looking at indicators, and this is something very positive that you can get out of Community Accounts. I just noticed — whether I just noticed it or whether it is new — the provincial indicators, where you can get a chart of the provincial indicators in some areas. We are now looking at developing our own indicator framework for Eastern Health and then comparing that to other regions, as well as to the province. There is very applicable information there.

revenu et le statut social sont un déterminant de la santé très important, ce genre d'information est nécessaire pour déterminer quelles sont les interventions qui sont susceptibles de fonctionner au mieux dans cette collectivité.

Joy a parlé de la planification stratégique et de la planification opérationnelle. Les conseils de la santé doivent présenter un plan stratégique au gouvernement tous les trois ans, et l'information démographique qui figure dans les comptes communautaires est assurément une source très importante et très utile pour ceux-ci.

Les directeurs de notre organisation présentent également un plan opérationnel. Si nous jetons un coup d'œil, par exemple, sur la région du Secrétariat rural de Clarendville-Bonavista, qui possède son propre directeur, nous pouvons affirmer, par exemple, que la population d'âge scolaire de la région, c'est-à-dire le groupe des cinq à 19 ans, a diminué de 56 p. 100 entre 1986 et 2007, et que la population des aînés, c'est-à-dire les gens de 65 ans et plus, a augmenté de 20 p. 100 dans le même intervalle. C'est sûr que cela a des répercussions importantes sur la planification des soins de santé et sur les services que nous offrons. On peut donc envisager les programmes de soins de longue durée par rapport à ce qu'on fait dans le cadre des programmes de soins pour les enfants; ce genre de choses.

Ce que j'aime des comptes communautaires, c'est qu'ils permettent d'ajouter un aspect quantitatif à la partie qualitative que nous connaissons déjà ou non. Ils nous fournissent les données que nous devons connaître.

En plus d'avoir une incidence sur les programmes offerts, bien entendu, les statistiques comme celles que je viens de vous donner ont une incidence sur la gestion des ressources humaines ainsi que sur la gestion des installations et des infrastructures. Les installations de soins de longue durée et les foyers de soins personnels, par exemple, vont certainement être quelque chose de nécessaire dans le contexte des tendances démographiques que nous relevons à l'heure actuelle.

Une autre chose qu'offrent les comptes communautaires, ce sont les projections relatives à la population — c'est quelque chose que j'aime beaucoup. Si l'on fait affaire avec une entreprise de consultation, ce sont des projections qui peuvent coûter cher à obtenir, en fonction du modèle utilisé. Ainsi, être en mesure de consulter des prévisions relatives à la population est, je pense, quelque chose de très positif.

Pour ce qui est de la promotion de la santé, nous venons d'achever un plan de promotion de la santé à l'échelle régionale, et l'information sur les déterminants de la santé que contiennent les comptes communautaires est très importante à ce point de vue.

Une des choses que nous envisageons en ce moment, c'est l'élaboration d'indicateurs. Bien sûr, beaucoup d'organisations qui s'occupent de la santé utilisent des indicateurs, et c'est quelque chose de très positif qu'il est possible de tirer des comptes communautaires. Je viens tout juste de prendre connaissance de l'existence d'indicateurs provinciaux — je ne sais pas si je viens de m'apercevoir qu'ils existent ou si c'est quelque chose de nouveau —, qui permettent d'examiner un tableau des indicateurs provinciaux dans certaines régions. À Eastern Health, nous planifions maintenant la mise au point de notre propre cadre



Another of the things that I really like about Community Accounts is that, traditionally, in the past, we tended to look at the largest common denominator, if I could put it that way. We would look at information from a city or from a province. Community Accounts allows us to really get at rural areas and to neighbourhoods and communities. This is important because people want to see themselves reflected in policies and in strategies. If we expect community engagement and a buy-in, particularly in health promotion or people taking responsibility for their own health, they need to see themselves in the programs that we develop.

From a municipal governance perspective, Community Accounts has a number of applications; certainly from an economic development perspective, there is a comprehensive amount of economic development research available to businesses, should they want to set up shop in a particular community or a region.

It also allows us to get rich information at that basic local level. For example, within my own community of Clarendville, we often hear — and Senator Cochrane will certainly understand my reference to past the overpass. We often divide our province past the overpass, so the rural areas versus the St. John's area. We cannot forget the importance of recognizing that, while we might make general statements or stereotypical statements about how rural Newfoundland is dying or is aging or is this or that, Community Accounts allows you to take a look at particular areas of the province that buck that trend and cannot be put into that same basket. Clarendville would be one of those.

For example, within my community, we have very high literacy rates, more highly educated people than most areas of the province, and very high levels of income. The information can be used for a number of different reasons. For example, if you want an annual general meeting for your community, you might have a written document, depending on your literacy levels, or you might decide to have a community meeting. How you give information to your community can be guided by the information that you get in your Community Accounts.

Recreation is similar. You can look at Community Accounts and the level of physical activity within your community and perhaps try to gear some of your recreation activities around that. If the majority of your population is aging seniors but a well senior versus a senior that is in a personal care home, then what is it that you can do from that perspective?

d'indicateurs, ce qui nous permettrait de faire des comparaisons avec d'autres régions ainsi qu'avec l'ensemble de la province. Il y a là-dedans de l'information qui peut être très utile.

Une autre chose que j'aime des comptes communautaires, c'est que, dans le passé, nous avons eu tendance à envisager les choses du point de vue du plus gros dénominateur commun, si je puis dire. Nous examinons de l'information sur une ville ou sur une province. Les comptes communautaires nous permettent de jeter un coup d'œil sur les régions rurales, sur les quartiers et sur les collectivités. C'est quelque chose d'important, parce que les gens veulent se retrouver dans les politiques et dans les stratégies. Si nous voulons susciter l'engagement et la participation des membres de la collectivité, particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé et pour ce qui est de rendre les gens responsables de leur propre santé, il faut leur permettre de se reconnaître dans les programmes que nous mettons au point.

Du point de vue de la gouvernance municipale, les comptes communautaires ont de nombreuses applications — assurément, du point de vue du développement économique, ils offrent aux entreprises qui envisagent de s'installer dans une collectivité ou dans une région donnée beaucoup de données tirées de travaux de recherche sur le sujet.

Les comptes communautaires sont également une riche source d'information sur la situation à l'échelle locale. Dans ma collectivité, Clarendville, par exemple, nous entendons souvent dire... et le sénateur Cochrane va certainement comprendre ce que je veux dire par de « l'autre côté du viaduc », c'est-à-dire en opposant les régions rurales et la région de St. John's. Nous ne pouvons négliger l'importance du fait de reconnaître que, si nous formulons des énoncés généraux ou qui tiennent du stéréotype sur le fait que les régions rurales de Terre-Neuve sont en train de mourir ou de vieillir, et ainsi de suite, les comptes communautaires nous permettent de jeter un coup d'œil sur ces régions particulières de la province qui échappent à la tendance et qui ne peuvent être mises dans le même panier. Clarendville fait partie de celles-ci.

Dans ma collectivité, par exemple, le taux d'alphabétisation est très élevé, le degré de scolarité des gens est plus élevé que dans la plupart des régions de la province, et le revenu des gens est très élevé. L'information peut être utilisée pour toutes sortes de raisons. Si, par exemple, vous voulez organiser une assemblée générale annuelle dans votre collectivité, vous pouvez choisir de faire circuler un document écrit, en fonction du taux d'alphabétisation, ou encore décider de tenir une réunion publique. La façon de fournir de l'information à votre collectivité peut être déterminée par l'information tirée de vos comptes communautaires.

Pour ce qui est des loisirs, c'est un peu la même chose. Vous pouvez prendre connaissance, grâce aux comptes communautaires, du degré d'activité physique dans votre collectivité et peut-être essayer d'axer certaines de vos activités de loisirs sur cela. Si la majorité de votre population est formée d'ainés, mais d'ainés en forme plutôt que d'ainés qui vivent dans des foyers de soins personnels, alors que pouvez-vous faire à partir de là?

Of course, there are implications for things like infrastructure development, such as the lighting of your streets and safe sidewalks and those sorts of things.

As well — and this was referenced earlier in terms of affordable housing — Community Accounts can provide information on the number of people living in a house and the cost of the residence, whether they rent or own their house, those sorts of things. Community Accounts can help municipal governments from a zoning perspective, as well.

From my perspective, there are a number of reasons for the success of Community Accounts. First, there are various ways to look at the data. It involves information not only at the provincial level, but also at the level of cities, communities and neighbourhoods. You can look at the information from the perspective of a health board or a school board, and that makes it very relevant. Hence, if you have information that pertains to your town of 5,200 versus an area of 20,000, you have much richer information that is more applicable.

The second reason is the user-friendliness and support of the system. The website is very user-friendly and intuitive, and that is extremely important. It is also supported by online tutorials and training sessions. I have used the “contact us” e-mail and somebody responded in a timely fashion, which is always a bonus.

The updates are also another reason for success. It seems to be regularly updated through additional data, as well as enhanced navigation and visual impact and new features. The infrastructure maps, the migration maps, the provincial indicators that I mentioned — all of these are really value-added aspects of the site.

In terms of some of the challenges — this was referenced in terms of the timeliness. It is like feeding the beast. When you feed the beast, it gets hungrier and hungrier. Once you are accustomed to getting such great information, and you know the census data is out, then you want it on your Community Accounts right away, so it can be very topical and timely.

The other challenge for me has to do with boundaries and how the boundaries are decided. I would assume that in the case of neighbourhoods and towns it is based on Statistics Canada definitions, perhaps. However, in the case of my town, for example — our population is almost 5,300 — when you go into the town of Clarendville, it also includes other local service districts, so the population is referenced as almost 7,500. That is a bit of a challenge for us in terms of how we can use that information.

Bien entendu, il y a des répercussions sur des choses comme l'aménagement des infrastructures, par exemple pour ce qui est de l'éclairage dans les rues ou de la construction de trottoirs sécuritaires et autres choses du genre.

De plus — et on m'en a parlé tout à l'heure lorsqu'on a abordé la question du logement abordable —, les comptes communautaires offrent de l'information sur le nombre de gens qui vivent dans une maison, sur le prix des maisons, sur le fait que les gens sont locataires ou possèdent leur propre maison; ce genre de choses. Les comptes communautaires peuvent également aider les administrations municipales à régler les problèmes de zonage.

À mon sens, le succès des comptes communautaires est attribuable à un certain nombre de raisons différentes. Premièrement, il y a différentes façons d'examiner les données. Les comptes communautaires permettent d'obtenir de l'information non seulement sur la province, mais également sur les villes, les collectivités et les quartiers. Ils permettent d'envisager l'information du point de vue d'un conseil de la santé ou d'un conseil scolaire, et c'est ce qui rend cette information très pertinente. Ainsi, si vous obtenez de l'information sur votre village de 5 200 habitants, plutôt que sur une région de 20 000 habitants, l'information que vous obtenez est beaucoup plus riche et plus utile.

La deuxième raison, c'est que le système est convivial et que le soutien offert est bon. Le site Web est très convivial et conçu de façon intuitive, ce qui est extrêmement important. Il contient également des tutoriels et des séances de formation en ligne. J'ai communiqué par courriel avec les gens qui s'occupent du site, et quelqu'un m'a répondu rapidement, ce qui est toujours un plus.

Les mises à jour sont un autre facteur ayant contribué au succès des comptes communautaires. Il semble qu'on les met régulièrement à jour par l'ajout de nouvelles données, qu'on améliore la navigation et la présentation et qu'on ajoute de nouveaux éléments au site. Les cartes sur l'infrastructure, les cartes sur les mouvements migratoires, les indicateurs provinciaux dont j'ai parlé — toutes ces choses sont vraiment des éléments qui donnent de la valeur au site.

Pour ce qui est des problèmes — on en a parlé lorsqu'on a abordé la question de l'obtention des données en temps opportun. C'est comme nourrir la bête. Plus on la nourrit, plus elle a faim. Une fois qu'on est habitué d'obtenir de l'information d'excellente qualité, lorsqu'on sait que les données du recensement sont publiées, on veut qu'elles figurent dans les comptes communautaires tout de suite, pour que tout soit très précis et très rapide.

L'autre problème, à mes yeux, a trait aux frontières des zones et à la façon dont on procède au découpage. Je présume que, dans le cas des quartiers et des villes, celui-ci est fondé sur les définitions de Statistique Canada. Cependant, dans le cas de ma collectivité, dont la population est presque de 5 300 habitants, lorsqu'on consulte le compte de Clarendville, celui-ci porte également sur d'autres districts de services locaux, ce qui fait que la population indiquée est de près de 7 500 habitants. C'est un peu un problème pour nous par rapport à l'utilisation que nous pouvons faire de cette information.



In general, however, Community Accounts is a fantastic resource. I cannot imagine my job without it; nor can I imagine any other province not having it. Community Accounts provides outstanding information that is very user-friendly, and the data can be very easily transferred into knowledge to help us better the health of our communities.

**The Chair:** Thank you.

Senators, our next presenter is Susan Green.

**Susan Green, Consultant, Kids Eat Smart Foundation:** Thank you very much. I would like to thank you very much for inviting me to participate.

First, I wish to give an overview of the organization that I represent. Then I wish to talk about some of the determinants of health that we try to address and how Community Accounts has affected or facilitated the work that we do.

The Kids Eat Smart Foundation of Newfoundland and Labrador's vision is that every school-aged child in Newfoundland will attend school well nourished to be ready to learn. The chair said earlier that it takes a village to raise a child; we believe it takes a community to raise a child, certainly to ensure that that child is well nourished.

As a result, we work with community volunteers to start and sustain school-based breakfast, lunch and snack programs across the province. At present, we have approximately 180 programs. More than half of our schools now have programs. Although we are a funder, that is only a part of what we do. We are concerned with the health and well-being of school-aged children, and we are also concerned about the high rate of obesity and type 2 diabetes. We were involved in the Coalition for School Nutrition, which lobbied for the new school food guidelines that exist in the province.

As far as the determinants of health are concerned, we believe that we respond to several. With respect to income and social status, we believe that we respond by mitigating some of the impacts that result from this, specifically poor nutrition. Respecting education and literacy, we believe that we help children's ability to concentrate so that they can take advantage of their educational opportunity. In terms of healthy child development, we believe we assist through improved nutrition. With respect to personal health practices, we believe we are helping to establish good eating practices.

Community Accounts has been absolutely invaluable in the work that we do. First of all, they give us a snapshot of the community need. It helps identify areas for mobilization. I have heard some of the challenges about the timeliness of the

De façon générale, les comptes communautaires sont cependant une ressource fantastique. Je n'arrive pas à imaginer comment je pourrais faire mon travail sans ceux-ci, pas plus que je n'arrive à imaginer comment les autres provinces font pour s'en passer. Les comptes communautaires offrent de l'information extraordinaire dans un contexte très convivial, et les données peuvent facilement être transformées en connaissances qui nous permettent de mieux comprendre l'état de santé de nos collectivités.

**Le président :** Merci.

Sénateurs, notre prochain témoin est Mme Susan Green.

**Susan Green, consultante, Kids Eat Smart Foundation :** Merci beaucoup. Je tiens à vous remercier de m'avoir invitée à participer à la séance.

Tout d'abord, je souhaite faire un survol de l'organisme que je représente. Ensuite, j'aimerais parler de certains des déterminants de la santé que nous tentons d'aborder ainsi que de l'incidence des comptes communautaires sur le travail que nous accomplissons ou la manière dont cet outil nous a facilité la tâche.

La Kids Eat Smart Foundation de Terre-Neuve-et-Labrador a pour ambition de faire en sorte que tous les enfants terre-neuviens d'âge scolaire se rendent à l'école le ventre plein et disposés à apprendre. Le président a dit plus tôt qu'il faut tout un village pour élever un enfant; nous croyons qu'il faut toute une collectivité pour élever un enfant, à tout le moins pour veiller à ce que l'enfant soit bien nourri.

Par conséquent, nous collaborons avec des bénévoles de la collectivité pour mettre sur pied et entretenir des programmes de petit-déjeuner, de dîner et de collation à l'école, partout dans la province. Actuellement, nous avons environ 180 programmes. Plus de la moitié de nos écoles ont maintenant des programmes. Nous sommes un bailleur de fonds, mais c'est seulement une partie de ce que nous faisons. Nous nous préoccupons de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire et des taux élevés d'obésité et de diabète de type 2 chez les enfants. Nous avons participé à la Coalition sur la nutrition scolaire, qui a milité pour la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices sur l'alimentation qui existent dans la province.

En ce qui concerne les déterminants de la santé, nous croyons que nous en abordons plusieurs. Face aux questions liées au revenu et au statut social, par exemple, nous réagissons en atténuant certains des impacts qui en résultent, en particulier la mauvaise alimentation. Pour ce qui est de l'éducation et de l'alphabétisme, nous croyons que nous contribuons à la capacité des enfants à se concentrer pour qu'ils puissent tirer avantage de leur éducation. Quant au développement de la petite enfance, nous estimons que nous y contribuons en améliorant la nutrition. En ce qui concerne les habitudes de santé personnelles, nous croyons que nous favorisons l'adoption de bonnes habitudes d'alimentation.

Dans le cadre de notre travail, les comptes communautaires se sont révélés un outil précieux. Tout d'abord, cela nous donne un instantané des besoins de la collectivité. Les comptes communautaires nous aident à cerner les secteurs de



information and whether it is up to date, but it is comparative. Even if it is only a snapshot in time, it is extremely useful as a tool for community organizations.

When we start a program, it helps us know what proportion of the children will be using that program on the basis of need. When a program starts, all children are welcome, as the program is non-stigmatizing. What we find, however, is that after a period of time, when the program is well established, the numbers that are attending the program decrease and we are left with approximately the number of children that are reflected in the needs, which you could find in the information in the Community Accounts. It is really important for us to have a sense of how many children will be participating so that we can make an assessment of how much funding they will need on an ongoing basis.

Our organization would be classified as a community partner. We are just starting this increasing trend, I think, where community groups are going to be delivering services on behalf of government. There is a huge amount of accountability. There is a tremendous sense of responsibility at receiving those public funds and utilizing them in the most equitable and effective way. It is a profound trust. It is important to have access to something such as the Community Accounts, because it does give you evidence-based information on which to make decisions, and I think it is absolutely crucial.

Community Accounts also gives us an indication of what the community resources might be. We partner with communities to deliver these programs. We allocate matching funds, so that as the community raises funds we will match what they raise. An area where we have found Community Accounts to be extremely useful is that of identifying the capacity in the community. In the past, we would allocate a certain amount of money in matching funds. It was beyond the capacity of the community to raise, which was very discouraging for them. They then felt they could not come back to us, and sometimes they did not have the resources to continue the program or to continue the program delivering the type of food that we would like. Community Accounts has given us extremely helpful information to be much more accurate as far as how we work with our communities.

One of the relatively new areas in Community Accounts is the demographic information. That demographic information has been extremely useful to us. We are an organization that mobilizes volunteers. As such, it is extremely important for us to know the potential pool of volunteers and their age range, so that we really know how to draw them in. That is another account that we use quite often.

One of the newer additions to Community Accounts is an assessment at the neighbourhood level. We have found that information to be absolutely invaluable, particularly in urban areas where we are working with a school to deliver a program. If

mobilisation. Certains remettent en question la rapidité de communication de l'information et le fait qu'elle soit à jour, mais c'est relatif. Même si ce n'est qu'un aperçu ponctuel, c'est un outil très utile aux organismes communautaires.

Lorsque nous lançons un programme, il nous aide à déterminer, en fonction du besoin, la proportion des enfants qui en profiteront. Lorsqu'un programme commence, tous les enfants sont les bienvenus, car le programme est non stigmatisant. Ce que nous constatons, toutefois, c'est qu'après un certain temps, lorsque le programme est bien établi, le nombre d'enfants qui participent au programme diminue, et nous nous retrouvons avec environ le nombre d'enfants que laissait présager l'évaluation des besoins, information que vous pouvez trouver dans les comptes communautaires. Il nous importe vraiment d'avoir une idée du nombre d'enfants qui participeront, pour que nous puissions évaluer les fonds qui seront nécessaires de façon continue.

Notre organisme est ce qu'on appellerait un partenaire communautaire. Nous nous inscrivons, je crois, dans cette tendance croissante des groupes communautaires à dispenser des services au nom du gouvernement. La responsabilité est énorme. La réception de ces fonds publics s'accompagne d'une immense responsabilité, car il faut les utiliser de la façon la plus équitable et efficace possible. C'est tout un témoignage de confiance. Il est important de disposer d'un outil comme les comptes communautaires, car cela permet de prendre des décisions à la lumière d'informations fondées sur des données probantes, et j'estime que c'est absolument essentiel.

Les comptes communautaires nous donnent aussi une idée des ressources dont dispose la collectivité. Nous collaborons avec les collectivités pour exécuter ces programmes. Nous attribuons des fonds de contrepartie; ainsi, notre contribution est égale aux fonds que la collectivité amasse. Les comptes communautaires se sont révélés extrêmement utiles pour déterminer la capacité d'une collectivité. Par le passé, nous consentions un certain montant d'argent à titre de fonds de contrepartie. Les besoins allaient au-delà de ce que la collectivité pouvait recueillir, ce qui était très décourageant pour elle. Elle croyait alors ne pas pouvoir revenir nous solliciter, et parfois la collectivité ne disposait pas des ressources nécessaires pour continuer le programme ou continuer de distribuer les types d'aliments que nous aimerions. Les comptes communautaires nous ont permis de recueillir de l'information extrêmement utile pour mieux définir notre façon de travailler avec chaque collectivité.

L'une des sections assez récentes des comptes communautaires est l'information démographique. Cette information démographique nous a été extrêmement utile. Nous sommes un organisme qui mobilise des bénévoles. Ainsi, il nous importe beaucoup de connaître le bassin de bénévoles potentiels et ses groupes d'âge, afin que nous sachions vraiment comment nous y prendre pour faire le recrutement. C'est un autre compte que nous utilisons très souvent.

Une fonction dernièrement ajoutée aux comptes communautaires est l'évaluation par quartier. Cette information s'est révélée extrêmement précieuse, surtout dans les secteurs urbains où nous collaborons avec les écoles pour mettre le

you only have community information, you are looking at St. John's, which is a very homogenous community, but it does not give you the kind of information necessary to know the kind of resources a particular school might need, because it depends on the neighbourhood it is in and from where it draws its student population. Hence, neighbourhood accounts has really helped us get a sense of what the capacity is at that particular school community so that we can be a much more effective partner in helping to deliver the program.

When we started the Kids Eat Smart Foundation, we were asking people in a community who were applying to us for information about social assistance rates and unemployment rates in their community. This is information that these communities and these community volunteers did not have. It was information that we realized we would have to get. Until Community Accounts came along, as a small community-based organization, it was very difficult to get that information. We did not have the manpower. Sometimes, we did not have the expertise. Community Accounts gave us information that allowed us to make good evidence-based decisions. When you have a small community group that is overseen by a board of directors, it is crucial to ensure that they have a way to make evidence-based decisions and to ensure that they feel transparent and accountable.

Hence, we have used the Community Accounts extensively in much of our decision-making. It has helped us to be a much better partner with the community because we understand what is going on in the community that we are trying to partner with. We can, therefore, be much more effective in what we do. I cannot imagine how difficult our work would have been without Community Accounts.

When I talk to people who are doing this kind of work across the country, I recognize the difficulties they encounter trying to grant assessments without access to the kind of information we have. We have a tremendous advantage, a tremendous advantage that many of my colleagues across the country do envy. It is a transparent and accessible system that has been a benefit to us, and one that I think would be of benefit to similar organizations across the country.

**The Chair:** Thank you very much, Susan.

Our final presenter is Christine Snow.

**Christine Snow, Executive Director, Capital Coast Development Alliance:** Thank you, Mr. Chair.

I thought I would talk first about who Capital Coast Development Alliance is, what we do and, in particular, how we have used the Community Accounts to help us do our job in a much more productive fashion.

In brief, Capital Coast Development Alliance is one of 20 regional economic development boards across the province. We are a not-for-profit organization. We are governed by a

programme en œuvre. Si vous ne disposez que d'information communautaire pour étudier une ville comme St. John's, où la communauté est très homogène, vous n'avez pas accès au genre d'information nécessaire pour connaître le type de ressources dont une école particulière pourrait avoir besoin, car ce facteur dépend du quartier où l'école et ses étudiants se situent. Ainsi, les comptes sur les quartiers nous ont vraiment aidés à estimer la capacité d'une école donnée, afin que nous puissions nous montrer beaucoup plus efficaces comme partenaire d'exécution du programme.

Aux débuts de la Kids Eat Smart Foundation, nous demandions aux gens d'une collectivité qui nous présentaient une demande des renseignements au sujet du taux de bénéficiaires d'aide sociale et du taux de chômage de leur collectivité. Les collectivités et les bénévoles ne disposaient pas de ce genre d'information. Nous sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait l'obtenir par nous-mêmes. Avant l'avènement des comptes communautaires, un petit organisme communautaire avait beaucoup de mal à trouver cette information. Nous n'avions pas les ressources humaines pour le faire. Parfois, c'était l'expertise qui nous faisait défaut. Les comptes communautaires nous ont donné accès à l'information qui nous permet de prendre de bonnes décisions fondées sur les faits. Lorsqu'un petit groupe communautaire est supervisé par un conseil d'administration, il est essentiel de veiller à ce que ce conseil dispose des outils nécessaires pour prendre des décisions fondées sur des données probantes et à ce qu'il ait l'impression d'être transparent et responsable.

Ainsi, la plupart de nos décisions s'appuient sur les comptes communautaires. Cet outil nous a aidés à mieux jouer notre rôle de partenaire de la collectivité, car nous comprenons ce qui se passe dans la collectivité avec laquelle nous tentons d'établir un partenariat. De cette façon, nos activités sont beaucoup plus efficaces. Je ne peux pas imaginer à quel point notre travail aurait été difficile sans les comptes communautaires.

Lorsque je parle aux gens de partout au pays qui font ce genre de travail, je reconnais les difficultés auxquelles ils font face lorsqu'ils tentent d'effectuer des évaluations sans avoir accès au même genre d'information que nous. Notre avantage est énorme, et beaucoup de mes collègues partout au pays m'envient. C'est un système transparent et accessible qui nous a été bénéfique, et je crois qu'il le serait tout autant pour des organismes semblables de partout au pays.

**Le président :** Merci beaucoup, Susan.

Notre dernier témoin est Christine Snow.

**Christine Snow, directrice exécutive, Capital Coast Development Alliance :** Merci, monsieur le président.

Je parlerai d'abord de la nature de la Capital Coast Development Alliance, de ce que nous faisons et, en particulier, de la façon dont les comptes communautaires nous ont aidés à faire notre travail de façon beaucoup plus fructueuse.

En bref, la Capital Coast Development Alliance est l'un des 20 conseils de développement économique régional de la province. Nous sommes un organisme sans but lucratif. Nous sommes



volunteer elected board of directors that represents four major stakeholder groups, including business, labour, education and municipalities.

I can give you a full-page mandate, but in a synopsis version our mandate is to facilitate, promote and coordinate economic development in the Northeast Avalon Region, which is the region that I am responsible for. We are the smallest in terms of geography. We are home to 19 municipalities. We include the major urban core of St. John's, Mount Pearl, Conception Bay South and Paradise, as well as a number of rural communities, including Bell Island, Conception Harbour, Marysval, some of the more rural parts of our region. We are the smallest in terms of geography. You can get anywhere within our region within 45 minutes, which is a bonus.

As well, we are the largest in terms of population. As of the 2006 census, we are the only region in the province to experience an in-migration of population. That comes with its own unique challenges. At this point, we are home to 37 per cent of the provincial population. If you look at some of the generic, economic and social characteristics, as a region we are economically doing very well, but we are a region of contrasts and that is the point where the Community Accounts has become very helpful to us. While we may have communities that have high income levels, high unemployment levels, we also have communities that have really low income levels, really low education levels, poverty levels and so forth, which means the actions we undertake have to address the both extremes of the economic mandate, if you like. I call it a region of contrast because we do have the best and the worst of what is going on.

How we accomplish our mandate is through the development and implementation of our strategic plan. We have been around for about 10 years. We have had two iterations of our strategic plans in process. We are into a third — which is very timely because of the significant change in the economic prosperity of the region. In going through the planning process, we all know we need to go through that whole environment scanning process to see what exactly is going on in our community. This is where the Community Accounts for us has proven invaluable. It has told us where our population is. We know the ages of our population. For example, we know there is a community within our region that has a significant number of seniors. In terms of business development opportunity identification, then, perhaps a business should be focusing on opportunities for seniors and limiting early childhood types of businesses. So that is how the age becomes important.

We need to know employment opportunities, and we need to know education levels. The standard today is post-secondary education. We have considerable numbers and considerable

dirigés par un conseil d'administration composé de bénévoles élus qui représentent les quatre principaux groupes d'intervenants, soit le milieu des affaires, les syndicats, le milieu l'éducation et les municipalités.

Je pourrais vous expliquer en détail notre mandat, mais en somme, il consiste à faciliter, à promouvoir et à coordonner le développement économique du nord-est de la péninsule d'Avalon, région dont je suis responsable. Notre territoire est le plus petit géographiquement. Nous comptons 19 municipalités. Notre région comprend le noyau urbain de St. John's, Mount Pearl, Conception Bay South et Paradise, en plus d'un certain nombre de collectivités rurales, y compris Bell Island, Conception Harbour et Marysval, secteurs ruraux de notre région. Notre territoire est le plus petit géographiquement. Vous pouvez vous rendre n'importe où dans notre région en 45 minutes, ce qui est un avantage.

De plus, notre territoire est le plus peuplé. Depuis le recensement de 2006, nous sommes la seule région de la province à vivre une migration d'entrée de la population. Ce phénomène est assorti de défis particuliers. Actuellement, nous comptons pour 37 p. 100 de la population de la province. Si on observe quelques-unes des caractéristiques générales, économiques et sociales, la région s'en tire très bien du point de vue économique, mais nous sommes une région de contrastes, et c'est sur ce point que les comptes communautaires se révèlent très utiles pour nous. Certaines de nos collectivités enregistrent peut-être des niveaux de revenus et des taux de chômage élevés, mais d'autres affichent des niveaux de revenus, de scolarité, de pauvreté, et autres vraiment bas; par conséquent, les activités que nous entreprenons doivent refléter les deux extrêmes du mandat économique, si vous voulez. Je parle d'une région de contrastes, parce que nous récoltons le meilleur et le pire de la situation actuelle.

Nous réalisons notre mandat par la mise en œuvre de notre plan stratégique. Notre organisme existe depuis environ dix ans. Il y a eu deux versions de notre plan stratégique au cours de notre existence. Nous sommes en train d'en élaborer une troisième — juste à temps, d'ailleurs, vu les changements importants liés à la prospérité de la région. Dans le cadre de la planification, nous savons tous qu'il faut entreprendre une analyse complète de la conjoncture pour voir exactement ce qui se passe dans notre collectivité. C'est à cette étape que les comptes communautaires se sont révélés un outil précieux pour nous. Cet outil nous a permis de mesurer l'état de notre population. Nous connaissons les groupes d'âge de notre population. Par exemple, nous savons qu'il existe dans notre région une collectivité qui compte un nombre important d'ainés. Lorsque nous cherchons les possibilités de développement des entreprises, nous pouvons déterminer si une entreprise devrait axer ses activités sur les aînés et limiter celles qui s'adressent à la petite enfance. C'est ainsi que l'âge se révèle un facteur important.

Nous devons connaître les possibilités d'emploi, et nous devons connaître les niveaux de scolarité. Les études postsecondaires sont la norme aujourd'hui. De nombreuses personnes dans de



communities with less than grade nine education. That, therefore, indicates to us a course of action that we need to undertake as part of our planning exercise.

We need to know employment levels. We need to know where our labour force is. We are all hearing of labour shortages and so forth. We need to know in Zone 19, which is our region, where our labour force is because that becomes a key selling tool when we are trying to encourage and attract business development to our region. We have to know the structure of our business community. We need to know where our strengths are. We need to know where our challenges are. This is the type of information Community Accounts is providing to us.

We need accurate, reliable data, and I think a number of our panellists referred to the need to be able to have confidence in the data that you are using to making your decisions on. If you cannot trust the data, then you are really planning and implementing in a vacuum. Community Accounts helps to address that.

Community-level data is absolutely critical. I would even go so far as to say neighbour-level data that Susan had referenced is critical. Because of the extremes of wealth and extreme poverty in our region, you need to get at that community level. Otherwise, this particular region would be dismissed as a region requiring any types of supports and activity — because we do have those extremes within St. John's in particular.

If you look at the overall statistics, it is a very prosperous region, particularly in recent times. However, if you go to the neighbour-level data, there are pockets of communities within St. John's that have the same types of economic and social characteristics as some of the more rural communities that are really struggling to survive. So you have a community within a community that is really struggling to survive.

That is the type of information that Community Accounts allows us to get it. As we go down the road of developing our actions and our priorities, it gives us the information we need.

We have talked a lot about evidence-based research — and it is absolutely critical. Everything we do has to be based on a reason. There has to be a challenge, but more important, it allows us to establish our performance measures. We can track what it is we are doing — benchmarking. We can keep an eye on the success or lack thereof of an initiative that we are undertaking — and that is important, not only from a funding agency perspective. As a not-for-profit organization, we have to go through the proposal-writing process to access the resources to do our work. Accountability is critical. We have to be able to document why we are doing something — and also, more important, the success of what we are doing.

nombreuses collectivités n'ont pas une neuvième année. Pour nous, cela veut donc dire qu'il faut intégrer un plan d'action à cet égard dans notre planification.

Nous devons connaître les taux d'emploi. Nous devons savoir où se trouve notre population active. Nous entendons tous parler de pénuries de main-d'œuvre, entre autres. Nous devons savoir où, dans la zone 19, soit notre région, se trouve notre population active, car c'est là un argument clé que nous devons invoquer lorsque nous tentons d'encourager le développement économique et d'attirer des entreprises dans notre région. Nous devons connaître la structure du milieu des affaires. Nous devons savoir quelles sont nos forces. Nous devons savoir quels sont nos défis. C'est le genre d'information que nous procurent les comptes communautaires.

Des données exactes et fiables sont nécessaires, et je crois que plusieurs de nos témoins ont fait allusion au besoin de pouvoir se fier aux données sur lesquelles on appuie ses décisions. Si vous ne pouvez pas vous fier aux données, la planification et la mise en œuvre s'exécutent en vase clos. Les comptes communautaires aident à éviter cela.

Les données communautaires sont absolument cruciales. J'irais même jusqu'à dire que les données par quartier, qu'a invoquées Susan tout à l'heure, sont cruciales. Vu les extrêmes de prospérité et de pauvreté dans notre région, il faut aller jusqu'à l'échelon communautaire. Sinon, l'ensemble de la région risque de faire l'objet des mêmes mesures de soutien ou des mêmes activités — et ces extrémités existent effectivement à St. John's en particulier.

Si vous regardez les statistiques d'ensemble, c'est une région très prospère, surtout dernièrement. Toutefois, si vous vous penchez sur les données par quartier, il y a à St. John's des enclaves qui affichent le même profil socioéconomique que les collectivités rurales qui luttent réellement pour survivre. Nous avons donc une collectivité au sein d'une autre collectivité qui lutte réellement pour survivre.

C'est le genre d'information que les comptes communautaires nous permettent d'obtenir. À mesure que nous mettons sur pied nos plans d'action et que nous établissons nos priorités, cet outil nous donne l'information dont nous avons besoin.

Nous avons beaucoup parlé de la recherche fondée sur des données probantes — et c'est absolument essentiel. Tout ce que nous faisons doit avoir une justification. Il faut qu'il y ait un problème à résoudre, mais ce qui est encore plus important, c'est que cet outil nous permet d'établir des moyens de mesurer notre rendement. Nous pouvons assurer un suivi de nos activités — analyser notre rendement. Nous pouvons surveiller la réussite ou l'échec d'une initiative que nous entreprenons — et c'est important, pas seulement du point de vue d'un bailleur de fonds. À titre d'organisme sans but lucratif, nous devons passer par le processus de rédaction de propositions pour obtenir les ressources nécessaires à notre travail. La reddition de comptes est essentielle. Nous devons être en mesure d'appuyer par écrit nos activités — et aussi, surtout, de faire état de la réussite de ces activités.

The other part of all of that is that we are governed by a volunteer board of directors. These are individuals that are devoting considerable amounts of time and energy to working on the economic prosperity of their region. They want to know that what they are doing is productive and valuable. Community Accounts allows them to be able to see the value of the free time they are putting in, because they are seeing results at the end of the day.

As part of that planning process, as I said, we use Community Accounts to identify our priorities as part of our business plan. I shall give you some examples of stuff that we have done over the years. We have undertaken work around career development because we have identified a number of industries that are providing us with opportunities. We have significant strengths, but when we look at the labour force side we know that we have limited numbers of people going into that industry. Hence, if we want to grow, we have to work on getting more young people into that industry to provide the labour force to allow it to grow. Community Accounts helps us to identify that.

We know we have had significant challenges in the past with the number of young people dropping out of school. Besides the economic and social consequences of doing that, there are real economic consequences. This is our future labour force we are talking about. If a significant percentage is not even in the labour force, then there are consequences we need to address.

One of the key challenges that the Community Accounts has identified to us — and you have heard about it at the national level as the perfect storm within the manufacturing sector. I call it the collapse of the manufacturing sector in our particular region. We have lost probably 20 per cent of our manufacturing businesses over the past number of years. Why that becomes important is that it is the manufacturing sector where innovation takes place. You get a lot of productivity and a lot exporting. We are a small region. We are a small province. The only way we are going to be able to create the wealth that we need is to look to exports. We know we have a significant challenge with a key sector of our economy. Now they are declining in numbers. That helps us to identify; we know we have got a challenge. Now we will start to put in place actions to try and deal with it.

We have talked about neighbour-level data, and that was an initiative back in 2000, I believe, when the province went through a strategic planning exercise. We really got into the neighbourhood-level data. It was important to get a better understanding of what is going at the sub-community level because there are many differences.

We have also used it for advocacy purposes. We were working with a lot of community organizations, particularly in the St. John's region. Many organizations were having difficulty accessing resources, because there were some misconceptions.

L'autre aspect dans tout ça, c'est que nous sommes dirigés par un conseil d'administration composé de bénévoles. Il s'agit de personnes qui consacrent une importante quantité de temps et d'énergie à travailler à la prospérité de leur région. Elles veulent savoir que leurs activités portent des fruits et sont utiles. Grâce aux comptes communautaires, elles peuvent observer la valeur du temps libre qu'elles offrent, car elles voient des résultats au bout du compte.

Dans le cadre de ce processus de planification, comme je l'ai dit, nous utilisons les comptes communautaires pour déterminer quelles sont nos priorités dans le cadre de notre plan d'activités. Je vais vous donner des exemples de choses que nous avons faites au fil des années. Nous avons travaillé au perfectionnement professionnel, car nous avons trouvé un certain nombre d'industries où il y a des débouchés. Nous avons des forces importantes, mais lorsque nous nous penchons sur la main-d'œuvre, nous constatons que peu de gens vont vers les industries en question. Ainsi, si nous voulons grandir, nous devons nous efforcer d'orienter plus de jeunes vers ces industries afin qu'elles disposent de l'effectif nécessaire à leur croissance. Les comptes communautaires nous aident à faire cela.

Nous savons que nous avons eu par le passé des problèmes importants causés par le nombre de jeunes qui décrochaient de l'école. Au-delà des conséquences économiques et sociales de ce phénomène, il y a aussi des conséquences économiques bien réelles. C'est de la population active de l'avenir que nous parlons. Si un pourcentage important ne participe même pas à la population active, il faudra faire face aux conséquences.

L'un des principaux défis, que les comptes communautaires nous ont aidés à détecter — et on vous en a parlé, à l'échelon national, comme du scénario d'apocalypse dans le secteur manufacturier. Pour notre région en particulier, je parlerais d'un effondrement du secteur manufacturier. Nous avons probablement perdu environ 20 p. 100 des entreprises manufacturières dans notre région au cours des dernières années. Ce phénomène est important, car c'est dans le secteur manufacturier que naît l'innovation. On produit beaucoup et on exporte beaucoup. Nous sommes une petite région. Nous sommes une petite province. Pour créer la richesse nécessaire, il faut se tourner vers l'exportation. Nous savons que nous devons relever un défi important dans un secteur clé de notre économie. Actuellement, leur nombre diminue. Cela nous aide à comprendre; nous savons que nous avons un défi à relever. Nous tenterons maintenant d'instaurer des mesures qui aideront à composer avec la situation.

Nous avons parlé de données par quartier, et cette pratique est tributaire d'une initiative qui date de 2000, je crois, au moment où la province a mené un exercice de planification stratégique. Nous avons vraiment exploré les données par quartier. Il est important de mieux comprendre ce qui se passe à l'échelon sous-communautaire, car les différences sont nombreuses.

Nous les avons aussi utilisées aux fins du lobbyisme. Nous collaborions avec beaucoup d'organismes communautaires, surtout dans la région de St. John's. Bien des organismes avaient du mal à accéder aux ressources, à cause des idées



They would hear, "Well, the region is doing well. You do not really need the support that you are asking for." So it helped to address that.

We have also used Community Accounts in our capacity-building work, working with a lot of local, not-for-profit, community-based organizations and helping them achieve their mandates. In a lot of cases, there is a lack of awareness of the Community Accounts. More important is the lack of understanding of how to use it. I think someone earlier said that data is data until you actually put it to use. In March 2006 — and I do apologize that I do not have it in a French version — we took some key characteristics from our region and put together a document that we distributed to all of our municipalities and our community-based organizations, interpreting the data, taking the data, showing how you can use it and how you can build it into proposals they were using to secure the resources to be able to undertake their initiatives.

That is something we did a couple of years ago, and it has proven to be very useful because it is taking the data and using it and interpreting it and looking at it and trying to compare yourself to what other regions and so forth are doing.

I do have copies to leave with you, just so that you can get an idea of some of the ways Community Accounts has helped us.

I am excited about a new initiative that we are working on with the Community Accounts. It involves the whole business development arena, which is what I am responsible for. We do a lot of investment attraction, trying to encourage local businesses from outside the region to locate here. Why? It brings with it wealth, employment and so forth.

We are now working on an investment-attraction database, if you like. When business are trying to decide on a location, a lot of the information they require relates to demographics, labour force and employment, which is already in the Community Accounts. A lot of it also centres on business infrastructure and what is out there. We are now working on expanding the Community Accounts. The first thing we are looking at is real estate because businesses need a place to locate. We are working on a system whereby through GPS you can go into any one of our municipalities and identify buildings of 25,000 square feet and over — including photos. Right now, we only have one done. You could be anywhere in the world and decide that to want to locate in the Northeast Avalon. Not only could you access all demographics, labour force and all that other kind of stuff, but you could actually see the community. You will be able to see the building. You will know the infrastructure on the inside of a building. It makes it easier for us to entice businesses to locate here. It is taking Community Accounts and expanding it beyond some of the social areas that we are talking about.

fausses. On leur disait : « Bah, la région s'en tire bien. Vous n'avez pas vraiment besoin de l'aide que vous demandez. » Les données par quartier ont aidé à régler ce problème.

Nous avons aussi utilisé les comptes communautaires aux fins du renforcement des capacités, lorsque nous avons collaboré avec beaucoup d'organismes communautaires et sans but lucratif pour les aider à réaliser leur mandat. Dans beaucoup de cas, les gens ne connaissent pas bien les comptes communautaires. Surtout, on ne comprend pas bien comment utiliser le système. Je crois que quelqu'un a dit plus tôt que les données restent ne sont que des données jusqu'à ce qu'on les mette à profit. En mars 2006 — et je suis désolée de ne pas avoir une version française —, nous avons regroupé les caractéristiques clés de notre région et nous avons préparé un document qui a ensuite été distribué à toutes nos municipalités et à tous nos organismes communautaires; dans ce document, on interprétait les données, on montrait comment les utiliser et comment s'en servir pour rédiger des propositions afin d'obtenir les ressources nécessaires au lancement d'une initiative donnée.

C'est quelque chose que nous avons fait il y a quelques années, et l'activité s'est révélée très utile, car on prélève les données, on les utilise, on les interprète et on les examine pour comparer nos activités à celles d'autres régions.

J'ai des copies que je vous laisserai, juste pour que vous puissiez avoir une idée des façons dont les comptes communautaires nous ont aidés.

Je suis enthousiaste à l'égard d'une nouvelle initiative sur laquelle nous travaillons concernant les comptes communautaires. Elle s'inscrit dans l'ensemble du secteur du développement des entreprises, dont je suis responsable. Nous faisons beaucoup de choses pour attirer les investisseurs. Nous tentons d'encourager les entreprises locales de l'extérieur de la région à déménager ici. Pourquoi? Une entreprise amène la richesse, crée des emplois, et ainsi de suite.

Nous travaillons actuellement à ce que nous appelons une base de données relative à la situation des investissements. Lorsqu'une entreprise tente de décider de l'endroit où s'établir, beaucoup des données dont elle a besoin sont liées à la population active et à l'emploi, information déjà contenue dans les comptes communautaires. Elle doit aussi s'informer au sujet de l'infrastructure commerciale et des services qui s'offrent à elle. Nous travaillons maintenant à l'expansion des comptes communautaires. Nous nous penchons d'abord sur l'immobilier, car les entreprises doivent trouver un endroit où s'installer. Nous élaborons un système qui permettra, au moyen d'un appareil GPS, de se rendre dans n'importe quelle de nos municipalités et de trouver les édifices de 25 000 pieds carrés et plus, photos à l'appui. À l'heure actuelle, nous en avons fait seulement une. À partir de n'importe où dans le monde, vous pouvez décider que vous voulez vous établir dans le Nord-Est de la péninsule d'Avalon. Vous pouvez non seulement accéder à toutes les données démographiques et les données liées à la population active et à ce genre de choses, mais vous pouvez aussi voir la collectivité. Vous pourrez voir les édifices. Vous connaîtrez l'aménagement interne d'un édifice. Cela nous facilite la tâche d'attirer les



In terms of our experience with, I would like to call Community Accounts “data for dummies” — because it is really easy to use. The definitions are great. There are excellent charts — and I truly believe a picture is worth a thousand words. We are in the business of knowing data, but it is helpful when we are dealing with our stakeholder group because they can see it and it is easy to understand.

It also provides us with access to data we may not otherwise have known about. Government is this mysterious being that has all kinds of data being collected by all kinds of different departments, and you may or may not know it is in existence. What Community Accounts has been doing — because they are a part of that mysterious being — is accessing data that they put on the site, data that I may never have even known existed. Let me give you an example.

One of the things that we have been talking about with this investment attraction piece is municipal planning assessments, the value of real estate. There is a municipal planning assessment agency that gathers a lot of that data, so now we are trying to find a way to link what they are doing with what we are doing. That gives us access to the dollar value — which is something else that businesses are looking for. Community Accounts data is reliable, accurate and consistent because it is up to date. I do not have to worry about the definitions or comparing apples with oranges because it is already there. It makes my job a whole lot easier.

It is legal. When I say legal, I mean in the sense that now we are moving into some of this investment attraction stuff, all of the data that you see have to meet privacy regulations and so forth. You do not want to run into using some information and then getting a challenge from an organization for privacy purposes. A lot of that is being addressed for us, so we do not have to worry that we are going to be sued or hauled into court for improper use of data. We do not have a lot of money to cover that stuff.

Maintenance and the updating — I think somebody referenced it earlier. As the 2006 census data is coming out — it is not coming out fast enough, as I believe somebody said earlier — it allows us to keep as current as we possibly can from somebody else that has the expertise to do it.

Again, the economic and the social side uses. Community Accounts, where it is now, is only the tip of iceberg. Its potential to go into so many different areas, I think, is limitless, and moving

entreprises dans notre région. Nous prenons les comptes communautaires, et nous les étendons au-delà des secteurs sociaux dont nous parlions.

Quelques mots sur notre expérience des comptes communautaires, que j'aime qualifier de « données pour les nuls » — parce qu'ils sont vraiment facile à utiliser. Les définitions sont géniales. Il y a d'excellents tableaux — et je crois vraiment qu'une image vaut mille mots. C'est notre travail de connaître les données, mais les tableaux se révèlent utiles lorsque nous collaborons avec les groupes d'intervenants, car ils peuvent les voir et sont faciles à comprendre.

Les comptes communautaires nous fournissent aussi un accès à des données que nous n'aurions peut-être pas autrement. Le gouvernement, c'est un être mystérieux qui détient toutes sortes de données, recueillies par différents ministères, dont on ne connaît pas nécessairement l'existence. Ce que permettent de faire les comptes communautaires — parce qu'ils font partie de cet être mystérieux —, c'est d'accéder aux données affichées sur le site dont je n'aurais peut-être jamais même connu l'existence. Laissez-moi vous donner un exemple.

L'une des choses dont nous parlons dans le cadre de la stimulation des investissements est l'évaluation des plans municipaux, soit la valeur de l'immobilier. Comme il y a un organisme d'évaluation des plans municipaux qui recueille beaucoup de ces données, nous nous efforçons maintenant de trouver une façon de relier ses activités aux nôtres. Ainsi, nous accédons à des données sur la valeur — un autre élément qui intéresse les entreprises. Les données des comptes communautaires sont fiables, exactes et uniformes, parce qu'elles sont à jour. Je n'ai pas à m'inquiéter des définitions ou à craindre de comparer des pommes et des oranges, car c'est déjà en place. Cela me facilite la tâche considérablement.

C'est légal. Je veux dire par là que, maintenant que nous passons à certaines des questions liées à la stimulation des investissements, toutes les données que vous voyez doivent être conformes à la réglementation relative à la protection des renseignements personnels, entre autres. Nous n'avons pas intérêt à utiliser certains renseignements qui feront en sorte qu'un organisme de protection des renseignements personnels conteste nos actions. Beaucoup de ces questions sont déjà prises en main pour nous, de sorte que nous n'avons pas à craindre de faire l'objet de poursuites ou de se faire traîner devant un tribunal pour usage abusif des données. Nous n'avons pas un gros budget pour couvrir ce genre de choses.

L'entretien et la mise à jour — je crois que quelqu'un y a fait allusion plus tôt. À mesure que les données du recensement 2006 sont diffusées — et elles ne le sont pas assez rapidement, comme quelqu'un l'a dit plus tôt je crois —, nous disposons des meilleurs moyens possibles de demeurer à jour comparativement à quelqu'un d'autre qui a l'expertise pour le faire.

Encore une fois, l'utilisation des données à des fins économiques et sociales. Les comptes communautaires, dans leur état actuel, ne représentent que la pointe de l'iceberg. Le

into investment attraction is just really one of its many uses.

If I had to address a challenge, it has to do with the timeliness of the data. If anybody can convince Statistics Canada to let their census data out in a more timely fashion, that would be very helpful — because some of the demographics date back to 2001, and that is a challenge. It is that community neighbourhood-level stuff that is really important for the work that we do.

Thank you, Mr. Chair.

**The Chair:** Christine, as I was listening to you, I was wondering what your connectivity is, for example, to a little pocket of poverty and a non-productive community from an economic point of view. When you identify in what you are doing the cause of lack of productivity as a health problem, what is your move? What is your connectivity in the community?

**Ms. Snow:** A lot of our work is built on stakeholders, partnership building and so forth. I will give you an example. We did a lot of work a number of years ago in youth dropout rates, which had a lot of health consequences, justice issues and so forth. We, along with another partner organization in the city, pulled together what we called a coalition for educational opportunities. We, in partnership with the Community Youth Network, co-chaired the group. We brought together a number of key organizations that were involved in dealing with the issue to, first, determine whether this was just something we were experiencing, to see how broad they see the challenges, and then to develop an action plan from it. In particular, our CEO group has made great strides in pulling together this group of community organizations and putting a proposal in place to build an alternative school that would help address the needs of these young people who needs for some reason are not being met by the education system.

In cases like that, we tend to bring groups together. At some point, when we have done that, then we walk away and leave the group to move forward with it. We hand over the issue, once they have reached a certain stage. That is the process we follow when we run into those issues.

**The Chair:** Joy, how do you interface with Christine, because you are primarily concerned, I believe, as far as I can tell, with health?

**Ms. Maddigan:** That is right.

**The Chair:** You have got to get this whole infrastructure with all the dozen or so determinants to help you along to change the health status. So how do you connect with people like Christine?

potentiel d'adaptation de cet outil à différents secteurs est, à mon avis, infini, et la stimulation des investissements n'est qu'une de ses nombreuses applications.

Si je devais soulever une difficulté, cela tiendrait à la rapidité de communication des données. Si quelqu'un peut convaincre Statistique Canada de diffuser ses données plus rapidement, cela aiderait beaucoup — parce que certaines des données démographiques remontent à 2001, et c'est un problème. Ce sont les éléments propres à des quartiers précis qui importent vraiment dans le cadre de notre travail.

Merci, monsieur le président.

**Le président :** Christine, comme je vous écoutais, je me demandais quel est votre lien, par exemple, avec une petite enclave dont le taux de pauvreté est élevé, avec une collectivité peu productive sur le plan économique. Lorsque vous déterminez, dans le cadre de votre travail, que la cause du manque de productivité est un problème de santé, que faites-vous? Quel est votre lien avec la collectivité?

**Mme Snow :** Beaucoup de notre travail est axé sur les intervenants, la création de partenariats, et toutes ces choses. Je vais vous donner un exemple. Nous avons beaucoup travaillé, il y a un certain nombre d'années, dans le domaine du décrochage chez les jeunes, problème qui entraînait beaucoup de conséquences sur la santé, de problèmes judiciaires et ainsi de suite. Notre organisme, de concert avec un autre organisme partenaire de la ville, a mis sur pied ce que nous appelions une coalition pour l'éducation. Notre organisme a coprésidé le groupe avec le Community Youth Network. Nous avons mobilisé un certain nombre d'organismes clés qui étaient actifs à ce chapitre afin, premièrement, de déterminer s'il s'agissait seulement d'un phénomène passager, de mesurer l'ampleur des problèmes, puis d'élaborer un plan d'action à partir de là. En particulier, notre groupe directeur a fait des pas de géant pour ce qui est de mobiliser ce groupe d'organismes communautaires et de mettre de l'avant une proposition visant à construire une école dite « alternative » qui aiderait à combler les besoins de ces jeunes que le système d'éducation, pour une raison ou une autre, n'arrive pas à combler.

Dans de tels cas, nous avons tendance à rassembler des groupes. À un certain point, lorsque nous avons créé ces liens, nous nous détachons et laissons le groupe aller de l'avant avec le projet. Nous laissons la situation entre leurs mains, une fois rendus à une certaine étape. Voilà le processus que nous suivons lorsque nous faisons face à ces problèmes.

**Le président :** Joy, comment interagissez-vous avec Christine, car votre travail est principalement axé, je crois, sur la santé, n'est-ce pas?

**Mme Maddigan :** C'est exact.

**Le président :** Vous devez faire en sorte que toute cette infrastructure, en plus de la douzaine de déterminants de la santé, contribue à votre travail sur le plan de l'état de santé. Alors quel est votre lien avec des gens comme Christine?



**Ms. Maddigan:** We probably do it more at a regional level and a community level than maybe as a provincial government, certainly in my experience.

**The Chair:** I like that very much.

**Ms. Maddigan:** I can speak more clearly around the development of primary health care, and certainly that has been an approach that really does involve all different aspects and components of the community. Our community needs assessments would certainly address the kinds of things that Christine's board would be dealing with.

As well, to speak to Gerald's point as well around the Rural Secretariat, we work together in all the different places where community capacity and community issues are important to people. As regional health authorities, I would say that the connections are made most clearly there.

What you would find is that our provincial policies would support those kinds of directions. Built within those frameworks would be efforts to build those kinds of relationships and connections.

**The Chair:** Lisa, as a health planner, and probably more important as a deputy mayor, how do you interface with these two people to build your community?

**Ms. Browne:** A couple of people at break asked me how I managed to wear both hats, time-wise, I guess. The lines are surprisingly blurred, I would say. From a health planner perspective, we know now, and certainly my job is no longer the old-fashioned definition of health in terms of hospitals. It is everything. It is me driving two hours to get here. Transportation, for example, is an aspect of that. The lines are so blurred now, I find, whether it is an economic development agency or a health authority or a school. The lines are really blurred because we all want the same thing, and that is to be a healthy community. The only way we can do that is if all components, which are outlined in the determinants of health, come together to work on that.

Our municipality is just finishing off a strategic plan now, the first we have ever had. Sometimes you think that people have no idea what municipal governments do — and to some degree I think that is probably true. On the other hand, what they want is a health community, and if to them a health community is public transportation, then maybe we should look at doing something. We cannot have a Metrobus system like they have in St. John's, but can we have a weekly bus to go pick up seniors to go get their groceries, for example.

**Mme Maddigan :** Nous travaillons probablement davantage aux échelons régional et communautaire qu'à l'échelon du gouvernement provincial, certainement, d'après mon expérience.

**Le président :** J'aime beaucoup cette approche.

**Mme Maddigan :** Je peux me prononcer plus clairement au sujet de l'évolution des soins de santé primaires, et la démarche inhérente à ce phénomène a certainement fait intervenir tous les différents aspects et toutes les différentes composantes de la collectivité. Nos évaluations des besoins des collectivités aborderaient certainement le genre de choses qui intéressent le conseil d'administration de Christine.

De plus, concernant l'idée de Gerald touchant le Secrétariat rural, nous collaborons dans tous les différents secteurs où la capacité communautaire et les enjeux communautaires interpellent les gens. À titre d'autorité régionale en matière de santé, je dirais que c'est là que les liens sont les plus clairs.

Ce que vous pourriez constater, c'est que nos politiques provinciales appuient ce genre d'initiatives. Des efforts seraient intégrés à ces cadres pour créer ce genre de relations et de liens.

**Le président :** Lisa, en tant que spécialiste de la planification en santé, mais surtout, probablement, comme adjointe au maire, comment interagissez-vous avec ces deux personnes pour renforcer votre collectivité?

**Mme Browne :** Durant la pause, quelques personnes m'ont demandé comment je parvenais à porter les deux chapeaux, comment je trouvais le temps, j'imagine. La limite entre ces deux emplois est étonnamment floue, je dirais. Du point de vue de la planification en santé, nous savons maintenant — certes, mon emploi ne se limite plus à la définition classique de la santé dans les hôpitaux. Mon travail englobe tout. J'ai mis deux heures pour me rendre ici. Les déplacements, par exemple, sont un aspect de mon travail. Les limites qui séparent les domaines sont tellement floues maintenant, je trouve, que ce soit un organisme de développement économique, une autorité en santé ou une école. Les limites sont vraiment floues, car tout le monde veut la même chose, soit la santé de la collectivité. La seule façon d'arriver à ce résultat consiste à regrouper toutes les composantes qui s'intéressent aux déterminants de la santé pour qu'elles collaborent à cette fin.

Notre municipalité met actuellement la dernière main à son tout premier plan stratégique à l'heure actuelle, le premier que nous n'ayons jamais eu. Parfois, on pourrait croire que les gens n'ont aucune idée de ce que font les administrations municipales — et, dans une certaine mesure, je crois que c'est probablement vrai. Par contre, ils veulent la santé de la collectivité, et si, pour eux, cela passe par le transport en commun, alors il faudrait peut-être songer à faire quelque chose. Nous ne pouvons pas aménager un système Métrobus comme on l'a fait à St. John's, mais nous pouvons mettre en place un service d'autobus hebdomadaire pour conduire les aînés à l'endroit où ils font leurs courses, par exemple.



The linkages are very important, and I think we see some of it through council committees. For example, in our municipality, we have a councillor that sits on the board of Christine's counterpoint, the Discovery Regional Development Board. Those linkages are there, but I think we all want to get to the same point. It is just a matter of working together and perhaps getting rid of some of the traditional boundaries that we have had in the past.

**The Chair:** Susan, in terms of the healthy schools program — or I will call it healthy schools program — which we are so lacking across the country, you seem to have half the children of Newfoundland well fed in the schools now. Has that come mostly from philanthropy or is it government?

**Ms. Green:** I think like anything, it initially came from the community, but I have to say that government has been a partner for an extended period of time. To be successful, it is impossible to respond to the need in a comprehensive way if you are just dependent on philanthropy. It is essential that it is a partnership and that it includes everyone. So, yes, government is a partner with us and has been. I think our organization would be what Aisling would refer to as a community partner.

This is not the case across the country. There is no national policy. In some provinces, there is provincial funding, but in many provinces there is not and it is dependent on philanthropy. That is to the detriment of the well-being of the children of our country.

**Senator Pépin:** What we have learned since we have been here is unbelievable. We had an eye-opening presentation yesterday. You have confirmed by your presentation today everything we were told yesterday. It is really wonderful. I hope, and I am sure that Senator Keon will agree with me, that we will mention Newfoundland in our report because what you are doing is really great.

**Ms. Aisling:** with respect to the Community Accounts, what are the things that you do not have right now that you would like to see?

**Ms. Gogan:** Christine mentioned some on the economic development side. There is more information about businesses and employees and that side of things that would be very useful, particularly at the community level. In considering poverty, we are looking at it broadly and including social and economic development. So it is important to be able to make the connections, and from a planning point of view, look at what businesses are there and what skills they need.

On the education side as well, there are some indicators, particularly in the K to 12 range, the scores on some of the national tests are there. From the census, there are high school completion rates and that sort of thing. There is not as much detail as you would like to see in terms of some of the

Les liens sont très importants, et je crois que des comités du conseil en témoignent, dans une certaine mesure. Par exemple, dans notre municipalité, nous avons un conseiller qui siège au conseil de l'organisme homologue de celui de Christine, le Discovery Regional Development Board. Ces liens sont en place, mais je crois que nous voulons tous arriver au même point. Il s'agit seulement de collaborer et, peut-être, d'éliminer certaines des frontières qui nous ont toujours séparés par le passé.

**Le président :** Susan, en ce qui concerne le programme de santé dans les écoles — c'est du moins comment je l'appellerais — qui nous fait si cruellement défaut partout au pays, vous semblez être parvenus à bien nourrir la moitié des enfants de Terre-Neuve dans les écoles à l'heure actuelle. Peut-on attribuer ce résultat surtout à la philanthropie, ou plutôt au gouvernement?

**Mme Green :** Je crois que, comme n'importe quoi, cela a été initié par la collectivité, mais je dois dire que le gouvernement est un partenaire depuis longtemps. On ne peut miser uniquement sur la philanthropie si on veut réussir à combler complètement les besoins. Il est essentiel de pouvoir compter sur un partenariat qui comprend tout le monde. Donc, oui, le gouvernement est un partenaire de longue date. Je crois que notre organisme correspond à ce qu'Aisling qualifiait de partenaire communautaire.

Ce n'est pas le cas partout au pays. Il n'y a aucune politique nationale. Certaines provinces consentent du financement, mais dans les nombreuses autres où ce n'est pas le cas, on dépend uniquement de la philanthropie. Cela se fait au détriment du bien-être des enfants de notre pays.

**Le sénateur Pépin :** Ce que nous avons appris depuis que nous sommes ici est incroyable. Nous avons assisté à un exposé révélateur hier. Vous avez confirmé, dans votre témoignage aujourd'hui, tout ce que nous avons entendu hier. C'est absolument merveilleux. J'espère, et je suis certaine que le sénateur Keon sera d'accord avec moi, que nous mentionnerons Terre-Neuve dans notre rapport, car ce que vous faites est vraiment génial.

**Madame Aisling,** au chapitre des comptes communautaires, vous manque-t-il actuellement des éléments que vous aimeriez voir?

**Mme Gogan :** Christine a mentionné certains renseignements concernant le développement économique. Davantage de renseignements au sujet des entreprises et des employés et tout ce domaine seraient très utiles, surtout à l'échelle des collectivités. Lorsqu'on examine la pauvreté, on l'observe dans son ensemble et on inclut le développement économique et social. Il est donc important d'être en mesure de nouer des liens et, du point de vue de la planification, de regarder quelles entreprises sont en place et quelles sont les compétences dont elles ont besoin.

Il existe aussi des indicateurs au chapitre de l'éducation, en particulier des données de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année, les notes de certains examens nationaux sont là. Le recensement permet de constater, entre autres, que les taux d'obtention du diplôme au secondaire sont élevés. Il n'y a pas autant de détails qu'on le

post-secondary side, and again, there is some census information from that.

In terms of looking at the skill side, it is a real challenge. There has been some work done in the past in certain areas, like in the Placentia area and that kind of thing, on what skills are actually in the community and what skills are needed to look at matching. So that kind of piece would be interesting.

In terms of what resources are in the community around early childhood development programs, I think that would be an important piece. That is information we know, but it is not there matched with the other pieces in Community Accounts. It means our community partners do not have the same access to some of the information we can get, not that we will not share it with them, but it is not there or to an individual sitting in the community wondering about their own community and how it compares, in terms of capacity, in that area.

Those are some of the areas. I could certainly think of more.

**Senator P  pin:** I understand.

Mr. Crane, from all the information that you get, you said that people can plan where they are going to live, where they want to go and where they are going to work, but you also have demographic changes. If I am a new young family, depending on the information I am looking for, I can decide if I want to move depending on what I am looking for.

**Mr. Crane:** One of the things we are often challenged with, as an organization, is people ask us whether we are out there to save the rural areas of the province, and we say we are not. We say that we are out there to raise awareness and provide citizens with the knowledge and capacity to make decisions that are in their own best interests and in the interest of their communities and their regions.

We are also working internally with government in several ways on a variety of projects. One of our deputy ministers often says to us, "Right now, young people, families, do not think they have a choice but to move to urban areas or to move to other provinces." He says that the Rural Secretariat should seek to give people an equal opportunity to live in Deer Lake versus move to Red Deer, Alberta.

If you think about it, it gets at more of a philosophical discussion of what the framework conditions are that government should seek to pursue to give people an opportunity to stay in rural areas, if they choose, or to move to urban areas of the province, if they choose, or to move out of the province, if they choose. Right now, people do not feel they have a choice. What we are seeking to do is not only to create the framework conditions that give the choice, but also to raise awareness.

souhaiterait en ce qui concerne les études postsecondaires, et encore une fois, certaines données du recensement concernent cet aspect.

Quant à la question des compétences, c'est un défi de taille. On a accompli du travail par le passé dans certains secteurs, comme à Placentia, sur les types de compétences actuellement disponibles dans la collectivité et les compétences en demande, afin d'établir des correspondances. Donc, ce genre de renseignement serait intéressant.

Sur le plan des ressources dans la collectivité s'appliquant aux programmes de développement de la petite enfance, je crois qu'on pourrait faire un travail intéressant. C'est de l'information que nous avons déjà, mais elle n'est pas mise en correspondance avec d'autres données dans les comptes communautaires. Cela signifie que nos partenaires communautaires n'ont pas le même accès que nous à certains renseignements. Ce n'est pas que nous ne voulons pas leur communiquer ces renseignements : les données ne sont pas là, du moins pas pour une personne qui s'interroge au sujet de sa collectivité et de son rang parmi les autres, au chapitre de la capacité, dans la région.

Voilà certains des domaines. Je pourrais certainement penser à autre chose.

**Le sénateur Pépin :** Je comprends.

Monsieur Crane, vous avez dit que, avec tous les renseignements que vous obtenez, une personne peut planifier où elle va vivre, où elle veut aller et où elle va travailler, mais vous faites aussi face à des changements démographiques. Une jeune famille, selon l'information qu'elle cherche, peut décider si elle veut déménager en fonction de ce qu'elle recherche.

**M. Crane :** Une des questions souvent posées à notre organisme par les gens est de savoir si nous sommes là pour sauver les régions rurales de la province, et nous répondons par la négative. Nous disons que nous sommes là pour sensibiliser la population et fournir aux citoyens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour prendre des décisions qui reflètent leurs intérêts supérieurs et ceux de leur collectivité et de leur région.

Nous travaillons aussi de plusieurs façons à l'interne avec le gouvernement, dans le cadre de différents projets. L'un de nos sous-ministres nous dit souvent : « Actuellement, les jeunes et les familles croient qu'ils n'ont pas d'autre choix que de déménager en ville ou de déménager dans une autre province. » Il dit que le Secrétariat rural devrait tenter d'offrir aux gens la possibilité de choisir de rester à Deer Lake ou de déménager    Red Deer, en Alberta.

Si vous y pensez bien, la discussion soulève des considérations philosophiques en ce qui concerne les conditions fondamentales que le gouvernement devrait tenter de mettre en place pour donner aux gens la possibilité de rester dans les régions rurales, de déménager en ville ou de déménager dans une autre province, selon leur décision. Maintenant, les gens n'ont pas l'impression d'avoir le choix. Nous tentons non seulement de créer les conditions fondamentales qui donnent le choix, mais aussi de sensibiliser la population.



**Senator Pépin:** Ms. Snow, you said that you can do a comparative analysis. However, you get the statistics from Statistics Canada. How often are you able to do that? Is it every two years or every year? How regularly do you do your comparative analysis? The information you are getting from Statistics Canada is quite late. In 2006, it is for 2001 and 2003. How are you able to do that?

**Ms. Snow:** There are certain types of data that we can do the comparative analysis with. The business development side, for example, is as current as anything. They use the business register data, which is up to date as far as 2006, so in that particular area, we are pretty comfortable.

The Community Accounts also uses a number of other data sources, besides Statistics Canada, particularly data from within government, and that tends to be a little bit more current. While the demographic challenges are there, I have only now started to redo some demographic stuff as the 2006 is becoming available. Some of the other business development stuff is updated on a regular basis. That is where the comparison will come in.

**Senator Pépin:** I have a question regarding the First Nations. In our studies we have done, we have found out that we had a lack of information regarding the health of First Nations.

With respect to the Community Accounts, do you have special information regarding the First Nations who live in this province?

**Ms. Gogan:** We do not have very good information on aboriginal people in the province. We know that some communities are primarily aboriginal, so that sort of a proxy. It is not 100 per cent accurate. It works for some groups but not for others. We have not traditionally collected information based on aboriginal status here in the province.

I know there is some work going on. I am sure Alton Hollett or some of our colleagues from the statistics agency, I do not know, Gerald, if you know any more, could comment on that. The First Nations statistics agency is kind of getting off the ground. I know meetings have taken place with our statistics agency to look at the Community Accounts approach and that sort of thing.

There is always the concern of stigmatizing or how further information will be used. Obviously, historically, aboriginal people have good reason to not necessarily trust what we are doing or how we are going to use information. So whatever we do, we are trying to do in partnership.

**Le sénateur Pépin :** Madame Snow, vous avez dit que vous pouvez faire une analyse comparative. Toutefois, vous obtenez vos chiffres de Statistique Canada. À quelle fréquence pouvez-vous le faire? Est-ce tous les deux ans ou chaque année? À quelle fréquence effectuez-vous votre analyse comparative? L'information que vous obtenez de Statistique Canada est assez dépassée. En 2006, ce sont les chiffres de 2001 et de 2003. Comment y parvenez-vous?

**Mme Snow :** Il existe certains types de données avec lesquelles nous pouvons effectuer l'analyse comparative. Dans le domaine du développement des entreprises, par exemple, les données sont tout à fait à jour. On utilise les données liées à l'inscription des entreprises, mises à jour en 2006, donc, dans ce domaine particulier, les données sont très bonnes.

Les comptes communautaires font aussi appel à un certain nombre de sources de données, en plus de Statistique Canada, en particulier des données du gouvernement, qui ont tendance à être un peu plus actuelles. Les problèmes liés aux tendances démographiques existent, mais je n'ai commencé à refaire les travaux liés à ce sujet que dernièrement, à mesure que les données de 2006 sont accessibles. D'autres données liées au développement des entreprises sont régulièrement mises à jour. C'est là que la comparaison entre en jeu.

**Le sénateur Pépin :** J'ai une question au sujet des Premières nations. Dans les études que nous avons menées, nous avons constaté qu'il y avait des lacunes au chapitre des données relatives à la santé des Premières nations.

Dans les comptes communautaires, pouvez-vous accéder à de l'information particulière liée aux Premières nations qui vivent dans cette province?

**Mme Gogan :** Notre information sur les Autochtones de la province n'est pas de très bonne qualité. Nous savons que certaines collectivités sont surtout composées d'Autochtones, car nous avons ce genre de données. Mais ce n'est pas tout à fait exact. Cela fonctionne pour certains groupes, mais pas pour d'autres. Nous n'avons jamais recueilli d'information en fonction du statut autochtone dans la province.

Je sais qu'il y a des travaux en cours. Je suis certaine qu'Alton Hollett ou certains de nos collègues de l'organisme responsable des statistiques — je ne sais pas, Gerald, si vous pourriez ajouter quelque chose sur ce sujet. On commence en quelque sorte à mettre sur pied un organisme de statistique relative aux Premières nations. Je sais que des réunions ont eu lieu avec notre organisme de statistique pour examiner l'approche des comptes communautaires et ce genre de chose.

La crainte de la stigmatisation ou de la façon dont les renseignements supplémentaires seront utilisés existe toujours. De toute évidence, pour des raisons historiques, les Autochtones ont de bonnes raisons de ne pas nécessairement avoir confiance en nos démarches ni en l'utilisation que nous ferons de l'information. Alors, quoi que nous entreprenions, nous tentons de le faire en partenariat.



Currently, when in looking at data for aboriginal people, we tend to look at communities. Here on the island we have one aboriginal reserve, the Conne River; we can also look at some communities in Labrador. However, it is a challenge that we do not have good data. We are looking at ways to work with our aboriginal partners and aboriginal people to see how to move that forward.

**Mr. Crane:** Just to add to Aisling's comments, she is right in that we can look at it on a community-by-community basis in Labrador, in particular.

A couple of our regional groups have asked us about the status or demographics of aboriginal groups that live in what I will call regular communities, that do not live primarily in aboriginal communities. In our case, in the Stephenville area, there is a significant Indian population. The Federation of Newfoundland Indians is negotiating a lands claim deal there. They are not in a specific aboriginal community. They are integrated throughout a range of communities in the region and to try to find characteristics on that group is very difficult because they are one in ten or one in twenty.

So the only point I would make is that it is easy to do it where there are large concentrations or where there is full communities. It is harder to do for us right now for those communities where one in twenty is an aboriginal person, for example.

**Senator P  pin:** I understand that.

Mr. Ross, you said that there was a link between sickness and crime, but I misunderstood. Can you explain that?

**Mr. Ross:** Crime and disease was the term I used, and I would go back to the prevention parable, the river story that I related. I have always used it for community policing. I never really made the connection to health. I accessed the Internet to do a bit of research and I searched the term prevention parable. I discovered that that same parable is used in the health environment, in the sense that it is about going upstream, finding the source of the issue, whether it be crime or health issues, finding a root cause and dealing with the root cause, as opposed to trying to triage the symptoms of what the issue is.

So in the same sense, from a crime prevention perspective of policing, we have taken on the perspective of crime prevention through social development. By developing our communities and by intervention at an early age with root causes, the determinants of crime, we are able to hopefully influence people so that we will never have to deal with them as offenders or victims of crime down the road.

Actuellement, lorsque nous examinons les données relatives aux Autochtones, nous tentons d'aborder les collectivités individuellement. Ici, sur l'  le, nous avons une réserve autochtone, la collectivité de Conne River; nous pouvons aussi examiner certaines collectivités du Labrador. Toutefois, le fait que nos données ne soient pas de qualité pose problème. Nous envisageons des façons de travailler avec nos partenaires autochtones et avec les peuples autochtones pour déterminer comment aller de l'avant.

**M. Crane :** Juste pour ajouter à l'intervention d'Aisling, elle a raison de dire que nous pouvons examiner individuellement chaque collectivité au Labrador, en particulier.

Quelques-uns de nos groupes régionaux nous ont demandé des renseignements au sujet de la situation ou du profil démographique des groupes autochtones qui vivent dans ce que j'appellerai des collectivités ordinaires, c'est-  dire ceux qui ne vivent pas principalement dans des collectivités autochtones. Dans notre cas, dans la région de Stephenville, il existe une population autochtone importante. La Federation of Newfoundland Indians négocie une entente relative à des revendications territoriale là-bas. Ces Autochtones ne sont pas dans une collectivité autochtone particulière. Ils sont intégrés à tout un éventail de collectivités de la région, et il est très difficile de cerner les caractéristiques propres à ce groupe, car le ratio est de un pour dix ou de un pour vingt.

Donc, ce à quoi je veux en venir, c'est qu'il est facile de le faire lorsque la concentration est importante ou si la collectivité est exclusive.    l'heure actuelle il est plus difficile pour nous de le faire dans les collectivités où une personne sur vingt est autochtone, par exemple.

**Le sénateur Pépin :** Je comprends.

Monsieur Ross, vous avez déclaré qu'il existait un lien entre le mauvais état de santé et le crime, mais je n'ai pas bien compris. Pouvez-vous l'expliquer?

**M. Ross :** Le crime et la maladie sont les termes que j'ai utilisés, et je reviendrais sur la fable relative à la prévention, sur l'histoire de la rivière que j'ai racontée. Je l'avais toujours appliquée aux services de police communautaire. Je n'avais jamais vraiment fait le lien avec la santé. J'ai suis allé sur Internet pour faire un peu de recherches et voir ce que je trouvais à ce sujet. J'ai découvert qu'on se sert de la même fable dans le milieu de la santé, en ce sens qu'on intervient en amont, on trouve la source du problème, que ce soit le crime ou un problème de santé, on trouve la cause première et on s'y attaque, plutôt que de tenter de démêler les symptômes du problème.

Alors, inspirés par le concept de maintien de l'ordre axé sur la prévention des crimes, nous avons adopté celui de la prévention des crimes axée sur le développement social. En développant nos collectivités et en intervenant chez les personnes en bas âge pour s'attaquer aux causes premières, aux déterminants du crime, nous espérons pouvoir influencer les gens de façon    ne pas les recroiser plus tard dans le rôle du d  linquant ou de la victime.

**Senator Pépin:** Since the start of the program in 2003, I think it was, there have been political changes, and the program survived. Do any of you wish to comment on how it worked then and how are you able to have everything flowing like this?

**Mr. Crane:** Perhaps I will take a stab at it, and others can add, if they wish.

I worked in the Department of Finance with AI and the other staff back there during some of the development stages of the Community Account, and I have worked in other line departments since the accounts were made public, I believe in 2002 or 2001. There may be two broad reasons why they survived political change, a philosophic approach and a pragmatic approach.

Philosophically, if I could put it that way, as a government — and federal government is no different — we are based in rigid silo structures. A lot of the issues we are facing today, such as poverty reduction or others, are more horizontal or cross-cutting. That necessitated bringing a lot of different players to the table, with different agendas and different backgrounds. The one common thread through all that that the community council was able to fill was to provide a common data set and common data understanding to allow issues to be addressed. There was some value in that, and people saw the value and government saw the value.

From a pragmatic point of view, I have three or four quick points. First, there was no political change during the development stage of it, which is important. Second, during the developmental stage, there was value seen internally. Before the accounts went public in 2002 — it may have been 2001 — the data was being used internally by senior management, by politicians, in some decision-making processes, and it began to become an institutional part of decision making in government, long before the accounts went public.

Building on that, the early winds, I guess, were important to the process. Once the accounts went live and government continued to make decisions, as governments do, politicians and senior managers in government realized that people began to understand this stuff. They began to really know what government was doing and began to understand what they were doing. Citizens knew more than we gave them credit for, and they really started to latch on to the data and understand it.

I just want to conclude by saying, and I would go back to my earlier points, that the human element is important here. The work that AI's staff and others have done to disseminate the accounts and to train users on the accounts is becoming more embedded in how people think and how government thinks, and

**Le sénateur Pépin :** Depuis que le programme a été lancé — en 2003, je crois —, il y a eu des changements politiques, et le programme a survécu. Est-ce que quelqu'un voudrait faire un commentaire sur la façon dont il fonctionnait à l'époque? Comment êtes-vous parvenus à tout faire fonctionner comme sur des roulettes?

**M. Crane :** Je pourrais peut-être essayer de répondre, et d'autres pourront ajouter des commentaires, s'ils le désirent.

J'ai travaillé au ministère des Finances avec AI et les autres pendant certaines des étapes d'élaboration des comptes communautaires, et j'ai travaillé à d'autres ministères responsables depuis que les comptes ont été rendus publics, en 2002 ou en 2001 je crois. Il y a peut-être deux grandes raisons qui expliquent pourquoi ils ont survécu aux changements politiques : l'approche philosophique et l'approche pragmatique.

Sur le plan philosophique, si vous me permettez l'expression, notre gouvernement — et le gouvernement fédéral est pareil — est aménagé selon une structure rigide et cloisonnée. Beaucoup des questions auxquelles nous faisons face aujourd'hui, comme la réduction de la pauvreté, entre autres, sont plutôt horizontales ou transversales. Cela supposait de mobiliser de nombreux intervenants aux objectifs et aux intérêts divers. Le conseil communautaire a pu, malgré la complexité de la situation, amener les intervenants à convenir d'un ensemble de données commun et d'une interprétation commune des données pour permettre la prise de mesures liées à ces questions. Cette solution était intéressante, les gens en voyaient l'intérêt, et le gouvernement aussi.

Pour ce qui est de l'aspect pragmatique, j'ai trois ou quatre points rapides à soulever. Premièrement, il n'y a pas eu de changement politique pendant l'étape de l'élaboration, ce qui est important. Deuxièmement, pendant cette étape, il y avait reconnaissance de la valeur du système à l'interne. Avant la publication des comptes en 2002 — c'était peut-être en 2001 —, les données étaient utilisées à l'interne par la haute direction et les politiciens dans le cadre de la prise de certaines décisions, et l'outil en est venu à s'inscrire officiellement dans le processus décisionnel du gouvernement, bien avant la publication des comptes.

À partir de là, la première impulsion, j'imagine, était importante au processus. Une fois que les comptes ont été rendus publics, le gouvernement a continué à prendre ses décisions — c'est sa fonction après tout — mais les politiciens et les cadres supérieurs du gouvernement se sont aperçus que les gens commençaient à comprendre ces choses. Ils commençaient à vraiment savoir ce que faisait le gouvernement et à comprendre ses activités. Les citoyens en savaient plus long que ce qu'on s'attendait, et ils ont vraiment commencé à utiliser les données et à les comprendre.

Je veux seulement conclure en disant — et je vais revenir aux idées que j'ai exposées plus tôt — que l'élément humain est important ici. Les résultats du travail effectué par le personnel d'AI et d'autres pour diffuser les comptes et former les utilisateurs commencent à s'enraciner dans la façon de penser des gens et du



it is becoming more of an institutional part of government, more so than a project of government.

**Ms. Gogan:** I would just add one comment. There is a general trend, not just our government, towards increased accountability and transparency. In the 2003 election, that was discussed a lot; there were promises on both sides around that. Community Accounts is a tool that used to encourage transparency and accountability. I think it would be difficult in the current climate for any government to not support Community Accounts.

The underlying value, again just to emphasize Gerald's point, was seen by all as well; it is an accepted part of the way government works. It was not seen as having represented the previous government. It was seen as being part of government apparatus, if you like. It was not seen in the way other things are seen as being attached to a previous government, something that is going to be changed. It was more just seen as part of government structure, permanent structure.

**Senator P  pin:** That is good.

**Ms. Snow:** If I could add just one final point, and just building on that, Community Accounts were never politically driven. It was driven by the bureaucracy and those at the grass roots who insisted that the information was needed to properly do their jobs. Because it was out of that political arena, it was allowed to grow and become the tool that it is today.

**Ms. Maddigan:** That was my point. We heard from a number of speakers that the data did not have self-interest attached to it, that it was free of the self-interest of health or whatever. That was alluded to by a number of us and I do think that has been a major factor in it.

**Senator Cochrane:** Government is really accepting this strategy. We heard yesterday and we are hearing from you people today — and it is very important that we hear from you. You are the people who have done the selling job. When you go to government or government ministers, whoever they are, you have convinced them that this is the way to go. You are the people who have sold the whole accounts system, and it is very good.

We want to commend you all for that, because I think it is wonderful, and not only wonderful for Newfoundland, but it will be wonderful right across Canada — trust me. You can pat yourselves on the back, something we do not do often enough.

Susan, did you have a problem with this strategy? Did you have make changes or did you have to add to this database? I know you are not involved in curriculum as such within schools, but my background is in teaching and if children have a

gouvernement; l'outil, au lieu d'être perçu comme un simple projet du gouvernement, fait partie intégrante de l'appareil gouvernemental.

**Mme Gogan :** J'aurais un commentaire à ajouter. Il y a une tendance générale, pas seulement au sein de notre gouvernement, à l'accroissement de la responsabilité et de la transparence. Durant les élections de 2003, on en a beaucoup discuté; les deux côtés ont fait des promesses à ce sujet. Les comptes communautaires sont un outil utilisé pour encourager la transparence et la responsabilité. Je crois que, vu le climat actuel, il serait difficile pour un gouvernement de ne pas soutenir les comptes communautaires.

La valeur sous-jacente — encore, seulement pour mettre l'accent sur l'argument de Gerald — a été perçue par tous; c'est un élément reconnu du fonctionnement de l'appareil gouvernemental. On ne l'a pas perçu comme une création du gouvernement précédent. On le voit comme l'un des outils du gouvernement, si vous voulez. On ne l'a pas perçu de la même manière que d'autres choses qui semblaient liées à un gouvernement précédent, quelque chose qui va changer. On l'a plutôt perçu comme s'inscrivant dans la structure du gouvernement, de façon permanente.

**Le sénateur Pépin :** C'est bien.

**Mme Snow :** J'aimerais juste ajouter une dernière chose, à la lumière de ce que vous venez de dire : les comptes communautaires n'ont jamais repos   sur des motivations politiques. C'était un outil conçu par l'administration et les gens du milieu communautaire qui faisaient valoir que l'information leur était nécessaire pour qu'ils fassent bien leur travail. Vu que le projet était à l'extérieur de l'arène politique, on lui a permis d'évoluer et de devenir l'outil qu'il est aujourd'hui.

**Mme Maddigan :** C'était là mon idée. Nous avons entendu beaucoup de témoins dire que les données n'étaient pas rattachées à un intérêt particulier, qu'elles étaient exemptes de chasses gardées, comme la santé ou autre chose. Nombre d'entre nous y ont fait allusion, et je crois que ce facteur est très important.

**Le sénateur Cochrane :** Le gouvernement accepte vraiment cette stratégie. Nous l'avons entendue hier, et nous l'entendons de vous aujourd'hui — et il importe beaucoup que nous entendions vos témoignages. C'est vous qui avez vendu le produit. Lorsque vous vous êtes adressés au gouvernement ou à des ministres, peu importe lesquels, vous les avez convaincus que c'était la voie à prendre. C'est vous qui avez fait la promotion de tout le système des comptes, et c'est très bien.

Nous voulons vous féliciter pour tout cela, car je crois que c'est merveilleux, non seulement pour Terre-Neuve, mais partout au Canada — faites-moi confiance. Vous pouvez vous applaudir, quelque chose qu'on ne fait pas assez.

Susan, aviez-vous des objections à l'égard de cette stratégie? Avez-vous eu à faire des changements ou à ajouter quelque chose à cette base de données? Je sais que vous ne participez pas directement à l'élaboration des programmes d'enseignement, mais



healthy breakfast, they can accomplish much more with the curriculum than if they come to school hungry.

Did you have to make any changes in this strategy?

**Ms. Green:** I am not sure that I understand your question.

**Senator Cochrane:** You are promoting healthy breakfasts and things like that for the children. Has an assessment been done? Have the children improved as a result of a good breakfast, or have they not?

**Ms. Green:** That is a very valid question, and that is one of our challenges. We do not have the capacity within our organization to do credible analysis of that kind. We certainly do evaluations, and we have done anecdotal reports asking principals after a program has been initiated whether they have noticed any differences vis-à-vis attendance rates, ability to concentrate and performance. We certainly have captured all of that anecdotal information.

There have been some longitudinal studies done across the country in areas where school breakfast programs have been started, and they are beginning to show some results.

Dr. Susan Evers from the University of Guelph did some research, looking at whether or not if children who missed breakfast are able to eat enough through the day to compensate for that and her research shows that they do not. Nevertheless, research of this type needs to be done. It is not yet being done across the country and I think it is something that does need to be done in a comprehensive way.

**Senator Cochrane:** Is there anything in the Community Accounts that could help you measure the success of the breakfast program?

**Ms. Green:** Not at the moment. We do research and we have been doing research with Memorial University. We looked at some research around fruits and vegetables. We had an intervention that introduced fruits and vegetables for school-age children and we did some research to determine whether or not that changed their food choices on an ongoing basis. If that information were available, I think it would be a good addition to the Community Accounts.

When looking at well-being, food insecurity is looked at. When we talk about the market basket, we will get some useful information.

**Senator Cochrane:** I am pleased, then. We have Alton and Gerald here, and they have got the message, I think. Maybe they could look at that in a more substantial way.

**Ms. Gogan:** I just want to make a comment about that. Community Accounts is an incredibly valuable tool, but I think it is important to recognize that we need to go to other sources for evidence as well. Qualitative evidence and looking at best

j'ai évolué dans le domaine de l'enseignement, et je sais que les enfants qui prennent un petit-déjeuner sain peuvent faire beaucoup plus de choses avec le programme que s'ils arrivent à l'école le ventre vide.

Avez-vous eu à faire des changements dans cette stratégie?

**Mme Green :** Je ne suis pas certaine de comprendre votre question.

**Le sénateur Cochrane :** Vous faites la promotion des petits déjeuners sains et des choses comme ça pour les enfants. A-t-on fait une évaluation? A-t-on observé des améliorations chez les enfants qui prennent un petit déjeuner sain, ou non?

**Mme Green :** C'est une très bonne question, et c'est là un de nos défis. Notre organisme n'a pas la capacité de mener des analyses crédibles de ce genre. Nous faisons certainement des évaluations, et nous avons rédigé des rapports fondés sur des entretiens avec des directeurs d'école, après qu'un programme a été lancé, pour savoir s'ils ont remarqué des différences au chapitre du taux de présence, de la capacité à se concentrer et du rendement. Nous avons certainement recueilli tout ce genre de renseignements anecdotiques.

Des études longitudinales ont été menées partout au pays dans des secteurs où des programmes de petits déjeuners à l'école avaient été offerts, et on commence à pouvoir observer des résultats.

La Dre Susan Evers, de l'Université de Guelph, a mené des recherches pour déterminer si les enfants qui sautent le petit déjeuner sont capables de manger assez durant la journée pour compenser, et ses recherches montrent que non. Néanmoins, il faut mener ce type de recherches. On ne le fait pas encore partout au pays, et je crois qu'il faudrait mener des études complètes à cet égard.

**Le sénateur Cochrane :** Y a-t-il de l'information dans les comptes communautaires qui pourrait vous aider à mesurer la réussite de votre programme de petits déjeuners?

**Mme Green :** Pas pour l'instant. Nous faisons des recherches, et nous travaillons avec l'Université Memorial. Nous nous sommes penchés sur des recherches touchant les fruits et les légumes. L'une de nos interventions visait à offrir des fruits et des légumes aux enfants d'âge scolaire, et nous avons mené des recherches pour déterminer si cette mesure changeait leurs habitudes alimentaires de façon continue. Si cette information est accessible, je crois que ce serait un bon ajout aux comptes communautaires.

Sur le plan du bien-être, on se penche sur l'insécurité alimentaire. Lorsque nous parlons du panier de consommation, nous pouvons obtenir des renseignements précieux.

**Le sénateur Cochrane :** Je suis ravie, alors. Alton et Gerald sont ici, et ils ont reçu le message, je crois. Ils pourraient peut-être se pencher sur la question de façon plus poussée.

**Mme Gogan :** J'aimerais juste apporter un commentaire à ce sujet. Les comptes communautaires sont un outil incroyablement précieux, mais je crois qu'il est important de comprendre que nous devons aussi nous tourner vers d'autres sources pour obtenir des

practices is equally important. We are not always going to have up-to-date quantitative information to show our success. However, we cannot ignore the whole body of literature that supports that — and I know you are not disputing that. There is a whole body of evidence that supports that children, if they are eating properly, can learn.

As someone who is not fit to look at until I eat breakfast, I certainly support that, from a personal preference as well.

We know that if children who are going off to school without a healthy breakfast have behavioural problems; they cannot learn. As a teacher, I am sure you have experienced this firsthand.

We cannot wait for quantitative evidence to act. Through the poverty reduction strategy, we are very careful on that. Yes, we are taking an evidence-based approach and we are looking at all the available evidence, but that includes best practices. It includes anecdotal evidence and qualitative information that is of quality, if you like. When everything points to the same direction, we are going to act, even if we do not have the kind of quantitative information we ideally might like to have.

**Senator Cochrane:** Okay, that is fine.

Let me go to Sergeant Ross. You say that you are using the community strategy quite effectively. Let me ask you then this: If we had had this before, would it have been possible to design our communities in a different way? I am thinking about Labrador. We have tried to move people from one community to another and another. When we did that, we did not have this community strategy, did we? Would it have been different had we had it? That might even be something people are thinking about in the future, about moving communities.

**Mr. Ross:** It is certainly a good question. I was not involved with the relocation of the community from Davis Inlet to Natuashish, which is what I assume you are referring to.

**Senator Cochrane:** Well, I was not going to mention names.

**Mr. Ross:** I certainly have been very involved in a number of the issues in the community, from a provincial level, not so much on the ground. In fact, I sit on the Innu Healing Strategy Committee as well.

There was some consideration given in relation to the structure of the community, certainly when the community was laid out. I do not know if I have just been led down a golden path or not, but I have been told — and I have flown over the community, but I have never really looked at it from this perspective — that the community is laid out as a footprint. From the air, it looks like a foot, to demonstrate that the community is moving forward.

données probantes. L'obtention de données probantes de qualité et l'examen des pratiques exemplaires sont tout aussi importants. Nous n'aurons pas toujours accès à de l'information quantitative à jour pour démontrer notre réussite. Toutefois, nous ne pouvons pas faire fi de tous les documents qui appuient ce fait — et je sais que vous ne remettez pas cela en question. Il existe toute une série de données probantes qui appuient le fait que les enfants, s'ils s'alimentent correctement, peuvent apprendre.

Puisque moi-même, je ne suis pas présentable avant d'avoir pris le petit déjeuner, j'appuie certainement ce fait, d'après mon expérience personnelle entre autres.

Nous savons que les enfants qui vont à l'école sans avoir pris un petit déjeuner sain présentent des problèmes de comportement; ils ne peuvent pas apprendre. Votre travail d'enseignante, j'en suis certaine, vous a permis d'en faire l'expérience.

Nous ne pouvons attendre des données quantitatives pour agir. Dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, nous faisons très attention à cela. Oui, nous adoptons une approche fondée sur les données probantes, et nous examinons toutes les données probantes disponibles, mais cela comprend les pratiques exemplaires. Cela comprend des données anecdotiques et l'information qualitative de qualité, si vous me passez l'expression. Lorsque tout pointe à la même conclusion, nous devons agir, même si nous n'avons pas le genre d'information quantitative que nous aimerions peut-être avoir dans un monde idéal.

**Le sénateur Cochrane :** D'accord, c'est bien.

Je voudrais m'adresser au sergent Ross. Vous dites que vous utilisez la stratégie communautaire de façon assez efficace. Alors laissez-moi vous poser la question suivante : si nous avions eu cet outil avant, aurait-il été possible de concevoir nos collectivités différemment? Je pense au Labrador. Nous avons tenté de transférer les gens d'une collectivité à une autre et à une autre encore. Lorsque nous l'avons fait, nous n'avions pas cette stratégie communautaire, n'est-ce pas? Les choses auraient-elles été différentes si nous l'avions eu? C'est peut-être même quelque chose que les gens envisagent pour l'avenir, déplacer des collectivités.

**Mr. Ross :** C'est certainement une bonne question. Je n'ai pas participé à la réinstallation de la collectivité de Davis Inlet à Natuashish; j'imagine que c'est à cela que vous faites allusion.

**Le sénateur Cochrane :** Eh bien, je n'avais pas l'intention de mentionner les noms.

**Mr. Ross :** Assurément, j'ai participé de façon importante à un certain nombre de dossiers liés à la collectivité, depuis l'échelon provincial, pas tant sur le terrain. En fait, je siège au Comité de la Stratégie de guérison des Innus.

Il y a eu un travail de réflexion au sujet de la structure de la communauté, surtout dans le cadre de son aménagement. Je ne sais pas si on m'a mené en bateau, mais on m'a dit — et j'ai survolé la communauté, mais je ne l'ai jamais vraiment vue sous cet angle — que la collectivité est aménagée en forme d'empreintes de pied. Vue d'en haut, elle ressemble à la trace d'un pied, pour illustrer le fait que la collectivité va de l'avant.



Some efforts have been made in relation to the way the community has been laid out, to actually include some aspects of physical layout of the community in relation to crime prevention. I know there has been a move to do that in other communities in the country.

The issues in some of these communities — it has taken hundreds of years to get to the point we are at, and it is going to take a long time to move some of them forward, although there have been some very significant steps taken by the communities to address a number of issues at hand right now.

During the break, I spoke with Gerald in relation to the community's effort to establish a dry community in Natuashish. I am not sure if everyone at the table is aware of that, but the community took that initiative. The leadership moved forward and created a dry community in Natuashish. I do not know what impacts we have seen on the health side, but on the justice side, the impacts have been significant. For example, the crime rate in the community is down by half, I would say.

**Senator Cochrane:** Wow.

**Mr. Ross:** One of the indicators we tend to use in aboriginal communities for police workload is the number of prisoners that we would lodge into our cells. It is probably not a well known fact, but four or five of our busy detachments in Labrador would lodge more prisoners in their cells in a year than the St. John's lock up, which serves a population of probably 200,000 people. Our prisoner numbers in Natuashish, since the bylaw has been in force, are probably in half as well.

It is an indication of how a significant initiative — and a very challenging one to try to enforce dry community bylaws — of how a planned step can have a huge impact on outcomes. I do not know if anyone from the health side has looked at whether — obviously, they are related. Substance abuse, although it certainly lends strongly to criminal involvement and victimization, certainly has a huge impact on health.

The challenge for these communities is obtaining support, not necessarily financial, necessarily, but obtaining the required support from all levels involved, government, both provincial and federal, and the various agencies, to pursue the path they have decided to pursue. The outcomes will depend on what — a number of people have been charged in the community for violating the bylaw, and the outcome of that will be a huge factor.

That is an example of a community that used significant planning during the relocation. It has provided the basis for things like the dry community bylaw to be moved ahead by the community.

**Senator Cochrane:** What about the suicide rate? Has that gone down as well?

On a fait des efforts quant à la manière dont la collectivité a été aménagée, afin que certains aspects physiques de la collectivité soient intégrés à la prévention du crime. Je sais qu'il y a eu une tendance à faire ce genre de choses dans d'autres collectivités au pays.

Le problème dans certaines de ces collectivités — nous avons mis des siècles à nous rendre au point où nous sommes, et il faudra encore beaucoup de temps pour faire avancer certaines de ces questions, bien que les collectivités aient fait des pas importants pour régler un certain nombre des problèmes actuels.

Pendant la pause, j'ai parlé à Gerald du sujet des efforts communautaires visant à créer un milieu sans alcool dans la collectivité de Natuashish. Je ne sais pas si tout le monde ici le sait, mais la collectivité a pris cette initiative. Les chefs sont allés de l'avant et ont créé un milieu sans alcool à Natuashish. Je ne sais pas quelles ont été les répercussions sur le plan de la santé, mais en ce qui concerne le domaine judiciaire, les répercussions ont été importantes. Par exemple, le taux de criminalité dans la collectivité a diminué de moitié, selon moi.

**Le sénateur Cochrane :** Wow.

**M. Ross :** L'un des indicateurs que nous avons l'habitude d'utiliser dans les collectivités autochtones pour mesurer la charge de travail policière est le nombre de prisonniers dans nos cellules. Ce fait est probablement méconnu, mais quatre ou cinq des divisions les plus occupées au Labrador logent davantage de prisonniers dans leurs cellules que dans l'établissement de détention à St. John's, lequel dessert une population qui se chiffre probablement à 200 000 personnes. Le nombre de détenus à Natuashish, depuis l'entrée en vigueur du règlement, a probablement baissé de moitié aussi.

C'est un indicateur qui montre à quel point une initiative pertinente — et c'est très difficile de tenter d'appliquer un règlement d'interdiction d'alcool dans une collectivité —, une démarche planifiée peut avoir un énorme impact sur les résultats. Je ne sais pas si quelqu'un du milieu de la santé a fait des recherches pour déterminer si, évidemment, il existe un lien. L'alcoolisme, qui a fortement tendance à entraîner des activités criminelles et la victimisation, a certainement un immense impact sur la santé.

La difficulté pour ces collectivités tient à l'obtention de soutien, pas nécessairement sur le plan financier, mais à l'obtention de la contribution nécessaire de tous les échelons concernés, du gouvernement, provincial et fédéral, et des différents organismes, pour suivre la voie qu'ils ont décidé d'adopter. Les résultats dépendront de — un nombre de personnes ont été accusées d'être contrevenues au règlement dans la collectivité, et le dénouement de cette situation sera un facteur énorme.

Voilà un exemple d'une collectivité qui s'est tournée vers une planification importante pendant le déplacement. C'est le fondement de choses comme le règlement mis de l'avant par la collectivité et interdisant la consommation d'alcool.

**Le sénateur Cochrane :** Et qu'en est-il du taux de suicide? A-t-il baissé aussi?



**Mr. Ross:** It has been a challenge in a number of communities in Labrador. We have tracked it fairly closely over the number of years. There has been a decrease in suicide numbers over the last year. However, more time is required in order to assess the impact.

Many significant social factors drive those rates. Although we have put some measures in place to educate the communities, and we have tried some intervention strategies in the communities, it takes time to assess the impact. Historically, the numbers have been higher for Labrador than they have been for the island portion of the province.

I was just looking the other night at our 2007 statistics and it is actually higher on the island portion than it is in Labrador. So it would appear, at least on the surface, that we are headed in the right direction. I do not know if I have answered your question.

**Senator Cochrane:** Yes, thank you.

Christine, you talked about a decline in exporting. Is the reason for that the same as Ontario? Is the decline because of the American dollar? Are our people with wonderful initiatives to start businesses and export gone?

**Ms. Snow:** I think it is more national. We are seeing here in this region the same circumstances that are being experienced by Ontario. The impact of China is a consideration. The high Canadian dollar is a consideration. There are low productivity levels. The same challenges that Ontario is facing are present here.

**Senator Cochrane:** You said that 37 per cent of the population is in your zone area, Zone 19. That is a lot. Do you have a lot more seniors in your zone? I am hearing that there are seniors moving from the rural areas into St. John's and this area. Did you see that?

**Ms. Snow:** Not so much in St. John's, but in the surrounding communities around St. John's.

**Senator Cochrane:** Moving there?

**Ms. Snow:** Moving there. For example, Holyrood, which you may be familiar with, is 20 to 25 minutes outside St. John's. It is close enough to the urban core, should you need medical services, but it is still far enough away and the weather is nicer. There is less congestion in Holyrood. We are finding that there tends to be younger families in the urban core and the seniors are in the surrounding areas. That is what we have been finding.

**Senator Cook:** I just want to say to you that I believe you have arrived at the place that you intended to go. When my researcher said to me that the Population Health Committee is going to Newfoundland and said we should look at Community Accounts, I said, "What is that?" Never one not to mess up waiting for an opportunity to serve my region, which is the prime region that I went to Ottawa, believing I could make a difference, I look for opportunities to represent my region. Each year that I have been

**M. Ross :** C'est un problème qui afflige depuis longtemps bon nombre de nos collectivités au Labrador. Nous sommes parvenus à le suivre d'assez près au fil des années. Le nombre de suicides a diminué durant la dernière année. Toutefois, il faudra plus de temps pour évaluer l'impact.

De nombreux facteurs sociaux importants motivent ces taux. Nous avons mis des mesures en place pour sensibiliser les collectivités et nous avons tenté de mettre en œuvre certaines stratégies d'intervention dans les collectivités, mais évaluer l'impact prend du temps. Par le passé, le nombre a toujours été plus élevé au Labrador que dans la partie insulaire de la province.

L'autre soir, j'observais nos statistiques de 2007, et les chiffres sont en fait plus élevés dans la partie insulaire qu'au Labrador. Il semblerait donc, du moins, à vue de nez, que nous sommes dans la bonne voie. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

**Le sénateur Cochrane :** Oui, merci.

Christine, vous avez parlé d'un déclin des activités d'exportation. Est-ce pour la même raison qu'en Ontario? Le déclin est-il imputable au dollar américain? Nos gens qui entreprenaient de merveilleuses initiatives pour lancer des entreprises et des activités d'exportation sont-ils partis?

**Mme Snow :** Je pense que c'est plutôt national. Nous voyons dans notre région les mêmes circonstances que celles qui sont vécues en Ontario. L'impact de la Chine est un facteur. La hausse du dollar canadien est un facteur. Les taux de productivité sont bas. Les mêmes difficultés que celles qui accablent l'Ontario sont présentes ici.

**Le sénateur Cochrane :** Vous dites que 37 p. 100 de la population se situent dans votre secteur, la zone 19. C'est beaucoup. Votre secteur comprend-il beaucoup plus d'ainés? J'entends dire que les aînés déménagent des secteurs ruraux vers St. John's et ce secteur. Avez-vous observé cela?

**Mme Snow :** Pas tant à St. John's, mais dans les collectivités avoisinantes.

**Le sénateur Cochrane :** Ils déménagent là-bas?

**Mme Snow :** Ils déménagent là-bas. Par exemple, Holyrood, que vous connaissez peut-être, est à 20 ou 25 minutes de St. John's. C'est assez près du centre urbain, si vous avez besoin de soins médicaux, mais la distance est encore convenable, et la météo y est plus agréable. Il y a moins de congestion à Holyrood. Nous constatons que les jeunes familles ont tendance à s'établir dans le centre urbain et que les aînés s'établissent dans les secteurs avoisinants. C'est ce que nous constatons.

**Le sénateur Cook :** Je veux juste vous dire que, selon moi, vous êtes arrivées au point voulu. Lorsque ma recherchiste m'a dit que le comité sur la santé des populations allait à Terre-Neuve et m'a suggéré de jeter un coup d'œil aux comptes communautaires, j'ai répondu « Qu'est-ce que c'est que cela? » Puisque ce n'est pas dans mes habitudes de rater une chance de servir ma région, principale raison pour laquelle je suis allée à Ottawa, car je croyais pouvoir changer les choses, je cherche des occasions de

at the Senate, as soon as the budgets and the throne speech come forward, I make a point to read them.

The Community Accounts concept intrigued me. I have problems with a vacuum cleaner, so the intrigue stayed. Pat comes once a year and we go through my schedule and look for opportunities. I went back into the Senate and I came back over and she said "sit down," and I did, and she had printed out a bunch of paper, and I said "That is St. Jacques Island. What are you doing with that?" St. Jacques Island happens to be where I was born and spent the first 15 to 16 year of my life. She showed me in five minutes what I needed to know in order to understand Community Accounts, and from then, it has been an incredible journey. I came and met Alton and his colleagues.

I went to my own colleagues and convinced them that maybe this was something that we needed to look at in our pursuit of population health and better health for Canadians. I am convinced that you have done it right. I hope we can take that vision further, because we hear a lot about the knowledge-based economy, but you are building a knowledge-based society, and I commend you all for it. You may work for government. People may see some of you as bureaucrats, but I think you are free spirits. You would not have arrived, notwithstanding what Alton has designed and given you, you would not have arrived if you had not been free spirited. I am glad I am a Newfoundlander, too, and that is all I need to say today.

Ms. Gogan, how much money goes Statistics Canada take from this government for its information?

**Ms. Gogan:** Alton would be better able to give you that.

**Senator Cook:** I need to know the answer to that question. How expensive is it to get, from my census form, in order to be of use for me and my people? Is it expensive?

**Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch, Department of Finance, Government of Newfoundland and Labrador:** I have been hoping for the opportunity to sit by Senator Cook all morning. It varies from year to year how much we spend, but I would say never less than \$100,000 a year, some years \$250,000. That is what we spent last year. Interestingly enough, 60 per cent of that would be for the privilege of sharing the data through the Community Accounts.

So if we spend, for example, \$100,000 purchasing data, then we have to pay a 60 per cent fee on top of that to allow us to share it with everybody that we share it with.

**Senator Cook:** I thought Statistics Canada was designed to help the people of Canada. I now find out that it is a cost-recovery operation.

**Mr. Hollett:** It is like interpreting data. Different people interpret it different ways.

représenter ma région. Chaque année que j'ai passée au Sénat, dès que les budgets et le discours du Trône sont produits, je me fais un point d'honneur de les lire.

Le concept des comptes communautaires m'a intriguée. J'ai de la difficulté à faire fonctionner un aspirateur, donc je suis restée intriguée. Pat vient une fois par année, et nous regardons mon horaire et cherchons les possibilités. Lorsque je suis revenue du Sénat, elle m'a dit, « asseyez-vous », ce que j'ai fait, et elle avait fait imprimer une liasse de papiers, et j'ai dit « C'est l'île St. Jacques. Que faites-vous avec cela? » L'île St. Jacques s'adonne à être l'endroit où je suis née et où j'ai passé les 15 ou 16 premières années de ma vie. En cinq minutes, elle m'a montré ce que j'avais besoin de savoir pour comprendre les comptes communautaires, et à partir de ce moment, l'expérience a été incroyable. Je suis venue rencontrer Alton et ses collègues.

Je suis allée voir mes propres collègues et je les ai convaincus que nous devrions peut-être examiner cet outil dans la perspective de l'amélioration de la santé de notre population et des Canadiens. Je suis convaincue que vous avez réussi. J'espère que nous pourrions amener cette vision plus loin, parce que nous entendons parler beaucoup de l'économie axée sur le savoir, et vous créez une société axée sur le savoir, et je vous en félicite tous. Vous travaillez peut-être pour le gouvernement. Les gens peuvent vous percevoir comme des bureaucrates, mais je crois que vous faites preuve de liberté d'esprit. Vous n'en seriez pas arrivés là, malgré ce qu'Alton a conçu et vous a donné, vous n'en seriez pas arrivés là sans une telle liberté d'esprit. Je suis fière d'être Terre-neuvienne comme vous, et c'est tout ce que j'ai à dire aujourd'hui.

Madame Gogan, combien d'argent Statistique Canada perçoit-elle de votre gouvernement en échange de son information?

**Mme Gogan :** Alton serait mieux placé pour répondre à cette question.

**Le sénateur Cook :** Je dois connaître la réponse à cette question. Combien coûte la démarche qui consiste à rendre les données de mon formulaire de recensement utiles, pour moi et pour la population? Est-ce que c'est cher?

**Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique, ministère des Finances, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador :** Cela fait toute la matinée que j'espère avoir l'occasion de m'asseoir à côté du sénateur Cook. Le montant que nous dépensons varie d'année en année, mais je dirais qu'il n'est jamais inférieur à 100 000 \$ par année; certaines années, il atteint 250 000 \$. C'est le montant que nous avons dépensé l'année dernière. Point assez intéressant, 60 p. 100 de cette somme étaient consacrés au privilège de partager les données grâce aux comptes communautaires.

Donc, si nous dépensons, par exemple, 100 000 \$ pour obtenir des données, nous devons payer des frais supplémentaires de 60 p. 100 pour les partager avec tout le monde.

**Le sénateur Cook :** Je croyais que Statistique Canada avait été conçu pour aider les Canadiens. Je m'aperçois maintenant que c'est une activité de recouvrement des coûts.

**M. Hollett :** C'est comme l'interprétation des données. Tout le monde ne les interprète pas de la même façon.



**Senator Cook:** I must confess to my fellow Newfoundlanders that I see things very differently than most people. We are on an incredible journey. I wish I were 20 or 30 years younger; I could probably walk it with you.

A long time ago, Susan and I walked it, because what is now her foundation had its beginning in my church basement. With one school, and some money — Lisa, I am a storyteller — that came from the Pelleys who owned the brick plant in Milton; they left a legacy to the United Church for children. We stretched the elastic and took \$5,000 — which was a lot of money — and began an incredible journey for the children of this province, and Susan was there from the beginning. Between losing the church forks and the knives, the Kids Eat Smart Foundation has emerged into something incredible. Their journey has been incredible; and now you have moved to another place with incredible information. When I was young, we would say that if you do not know where you are going, you are going to end up somewhere else. You do know where you are going, and it cannot help but benefit our people. Your passion comes through. If I can leave you with one thought, do not let them lose their free spirit. Just give it to them and let them try their wings. Thank you very much.

**The Chair:** Thank you, Senator Cook.

Just before I say my final thank you, I just want you to know, we embarked on this because we felt that the health disparities in Canada are doing tremendous damage to our people, tremendous damage to our economy and resulting in a tremendous loss of opportunity for many people to live a productive life.

The pool of knowledge that exists now — and it is extensive, if we look at the global literature and our own Canadian literature and what you have taught us since we have come here — allows us to establish a population health platform of a dozen or so important factors. On top of that platform, I used to position the healthy society, but now you have convinced me to put well-being in there. I do not know how long it will stay there, but you have convinced me to do that.

Then we have to look at the full lifecycle. We have to look at parenting. We have to impress upon Canadians that the most responsible thing two individuals will ever do is parent a child, perhaps. To be responsible parents, they must be in a state of well-being when they make that decision.

The next thing is maternal health. We talk a lot about early child development — all this sophistication about neuroscience and psychology and psychiatry and education, involved in the developmental process of early childhood development. However, if the mother is unhealthy, the child is born unhealthy, the child is destined to die prematurely of something, cancer, health disease,

**Le sénateur Cook :** Je dois avouer à mes confrères terre-neuviens que je ne vois pas du tout les choses de la même façon que la plupart des gens. Nous entreprenons une aventure incroyable. J'aimerais avoir 20 ou 30 ans de moins, car je pourrais probablement ainsi marcher avec vous.

Il y a longtemps, Susan et moi avons amorcé l'aventure, car ce qui est aujourd'hui sa fondation a commencé dans le sous-sol de mon église. Avec une école et un peu d'argent — Lisa, j'aime raconter — venant des Pelleys, qui étaient propriétaires de l'usine de brique à Milton; ils ont fait un don à l'Église unie pour les enfants. Grâce à un tour de force, nous avons pris 5 000 \$ — ce qui était beaucoup d'argent à l'époque — et nous avons commencé une aventure incroyable pour les enfants de cette province, et Susan était là dès le début. L'église a perdu beaucoup de fourchettes et beaucoup de couteaux, mais la Kids Eat Smart Foundation est devenue un organisme incroyable. Son cheminement est incroyable; et maintenant, vous êtes passés à une autre étape grâce à de l'information incroyable. Quand j'étais jeune, on disait qu'une personne qui ne sait pas où elle va se retrouvera ailleurs. Vous, vous savez où vous allez, et cela va forcément aller dans l'intérêt de notre population. Votre passion est manifeste. Si je peux conclure par une pensée, ne perdez jamais votre liberté d'esprit. Transmettez-la-leur, et laissez-les voler de leurs propres ailes. Merci beaucoup.

**Le président :** Merci, sénateur Cook.

Juste avant de conclure en vous remerciant, je voulais juste que vous sachiez que, la raison pour laquelle nous avons entrepris cette initiative, c'est que nous considérons que les disparités en matière de santé au Canada sont extrêmement nuisibles à notre population et à notre économie et font en sorte que beaucoup de gens ratent la chance de mener une vie fructueuse.

Le bassin de connaissances qui existe aujourd'hui — et il est vaste, si nous observons la documentation mondiale et nos propres documents canadiens sur le sujet, en plus de ce que vous nous avez appris depuis que nous sommes venus ici — nous permet d'établir une plate-forme relative à la santé de la population qui comporte une douzaine de facteurs importants. Au sommet de cette plate-forme, j'avais l'habitude de placer la santé de la société, mais vous m'avez désormais convaincu de placer le bien-être à la même hauteur. Je ne sais pas combien de temps il en sera ainsi, mais vous m'avez convaincu de le faire.

Nous devons ensuite nous pencher sur l'ensemble du cycle de vie. Nous devons examiner l'art d'être parents. Nous devons faire valoir auprès des Canadiens, que la chose la plus responsable que deux personnes feront jamais, c'est peut-être d'élever un enfant. Pour être des parents responsables, ils doivent se trouver dans un état sain afin de prendre cette décision.

La prochaine chose, c'est la santé maternelle. Nous parlons beaucoup du développement de la petite enfance — toute cette expertise au sujet de la neuroscience, de la psychologie, de la psychiatrie et de l'éducation que suppose le processus du développement de l'être humain en général et de la petite enfance en particulier. Toutefois, si la mère n'est pas en santé,



whatever, probably diminished intellectual capacity throughout his or her life. It is a very small investment to produce healthy mothers all across our country, I believe.

We then have to move on to early childhood development and we have to move into adolescence and be sure that people do not fall off the wagon, and particularly in the native communities, where it becomes such a problem.

We will have to look at post-secondary education, where so many kids are getting discouraged, committing suicide and so forth, because the social safety net is not helping those who need the help.

We then have to look at the productive phase of life, the workforce and all its problems. Some people are being driven crazy by the jobs they are in, and so forth, and the lack of sensitivity in the workforce.

Finally, comes a phase that some of us are in, which is seniors — and then finally, hopefully, cycling through that, contributing while we are in there because of a state of well-being that has continued throughout the curve, and gracefully, at 105, dying in one's own bed.

I just want to thank you very, very much for sharing this with us. I really do think this is a tremendous tool. I have been a believer in community work for a very long time, even though my professional life was spent as a CEO of a \$100-million-plus heart institute and as a heart surgeon. However, I knew very early on that the secret to good health lay in communities. We have to build communities with primary care, as Joy said, that is integrated with all of the social services and all the determinants of health and hopefully we can make a major contribution to that.

It is so wonderful to see that you are able to get to the ground with your measurement systems and your information systems. You already can close the loop and get the information back, which is wonderful, I think.

Thank you all so very much. I will be talking to Alton on the phone often before this report is finished. I may be talking to some of the rest of you as your testimony is looked at a little more closely.

I want to thank Pat West, who helped to put the program together here and helped make our time here so productive. God bless you all.

The committee adjourned.

l'enfant ne naîtra pas en santé; il sera susceptible de mourir prématurément de quelque chose — le cancer, une maladie; peu importe —, et sa capacité intellectuelle sera probablement diminuée tout au long de sa vie. La promotion des mères en santé partout au pays est un investissement minime, à mon avis.

Nous devons ensuite passer au développement de la petite enfance, puis à l'adolescence, et veiller à ce que les gens ne sombrent pas dans l'alcoolisme, particulièrement chez les collectivités autochtones, où le problème est si criant.

Nous devons nous pencher sur la scolarité postsecondaire, où tant de jeunes se découragent, se suicident et ainsi de suite, car le filet de sécurité sociale n'aide pas ceux qui en ont besoin.

Nous devons ensuite nous pencher sur l'étape de la vie qui consiste à gagner de l'argent, la population active et tous les problèmes qui s'y rattachent. Certaines personnes se rendent malades à effectuer leur travail, et ainsi de suite, et il faut s'attacher au manque de sensibilisation de la population active.

Enfin vient une étape que certains d'entre nous vivons : l'âge d'or — alors, en dernier, nous l'espérons, après avoir cheminé par toutes ces étapes, nous contribuons toujours à la société grâce à l'état de bien-être qui s'est maintenu malgré la courbe démographique et, avec élégance, à l'âge de 105 ans, nous mourrons dans notre lit.

J'aimerais juste vous remercier beaucoup d'avoir partagé ces renseignements avec nous. Je crois réellement que c'est un outil fantastique. Je crois au travail communautaire depuis très longtemps, même si j'ai passé ma carrière à occuper un poste de directeur général dans un institut de cardiologie dont le chiffre d'affaires dépassait les 100 millions de dollars et à effectuer la profession de cardiochirurgien. Toutefois, je sais depuis longtemps que le secret de la bonne santé réside dans les collectivités. Il faut créer des collectivités où les soins primaires, comme l'a dit Joy, sont intégrés à tous les services sociaux et à tous les déterminants de la santé, et nous espérons que nous pourrions faire une contribution importante à ce chapitre.

C'est tellement merveilleux de voir que vous pouvez aller sur le terrain avec vos systèmes d'évaluation et d'information. Vous pouvez déjà boucler la boucle et ramener l'information, ce qui est merveilleux, à mon avis.

Merci beaucoup à tous. Je téléphonerai souvent à Alton avant que nous mettions un point final à notre rapport. Je parlerai peut-être aussi à certains d'entre vous lorsqu'on étudiera votre témoignage en profondeur.

J'aimerais remercier Pat West qui nous a aidés à établir l'ordre du jour et à optimiser notre temps. Que Dieu vous bénisse tous.

La séance est levée.



*Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services:*

Eleanor Swanson, Director, Wellness Team.

*Community Services Council, Newfoundland and Labrador:*

Darlene Scott, Senior Program Associate;

Peggy Matchim, Vibrant Communities Coordinator.

**Wednesday, May 21, 2008**

*Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services:*

Joy Maddigan, Assistant Deputy Minister.

*Newfoundland and Labrador, Department of Human Resources, Labour and Employment:*

Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy.

*Rural Secretariat, Executive Council:*

Gerald Crane, Director of Partnership Research and Analysis.

*CMP Corporate Planning and Client Services, Newfoundland and Labrador:*

Sergeant Doug Ross, Non-Commissioned Officer in Charge.

*Eastern Health:*

Lisa Browne, Planning Specialist.

*Kids Eat Smart Foundation:*

Susan Green, Consultant.

*Capital Coast Development Alliance:*

Christine Snow, Executive Director.

*Newfoundland and Labrador, Department of Finance:*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch.

*Ministère de santé et des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Eleanor Swanson, directrice, Équipe du mieux-être.

*Conseil des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Darlene Scott, adjointe de programme principale;

Peggy Matchim, coordinatrice, Vibrant Communities.

**Le mercredi 21 mai 2008**

*Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Joy Maddigan, sous-ministre adjointe.

*Ministère des Ressources humaines, Droit du Travail et de l'Emploi de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté.

*Secrétariat rural, conseil exécutif :*

Gerald Crane, directeur du Partenariat rural canadien, Recherche et analyse rurales.

*GRC, Planification générale et services à la clientèle, Terre-Neuve-et-Labrador :*

Sergent Doug Ross, sous-officier responsable.

*Eastern Health :*

Lisa Browne, spécialiste de la planification.

*Kids Eat Smart Foundation :*

Susan Green, consultant.

*Capital Coast Development Alliance :*

Christine Snow, directrice exécutive.

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### APPEARING

**Tuesday, May 20, 2008 (afternoon meeting)**

Shawn Skinner, Minister of Human Resources, Labour and  
Employment, Government of Newfoundland and Labrador

#### WITNESSES

**Tuesday, May 20, 2008 (morning meeting)**

*Newfoundland and Labrador, Department of Finance:*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics  
Branch;

Robert Reid, Senior Manager, Community Accounts, Economics  
and Statistics Branch.

*Memorial University of Newfoundland:*

Dr. Roy West, Professor Emeritus of Epidemiology.

**Tuesday, May 20, 2008 (afternoon meeting)**

*Newfoundland and Labrador, Department of Human Resources,  
Labour and Employment:*

The Honourable Shawn Skinner, Minister;

Lynn Vivian-Book, Assistant Deputy Minister, Income  
Employment and Youth Services;

Aisling Gogan, Director, Poverty Reduction Strategy.

*(Continued on previous page)*

#### COMPARAÎT

**Le mardi 20 mai 2008 (séance de l'après-midi)**

Shawn Skinner, ministre des Ressources humaines, du Droit d  
travail et de l'Emploi, gouvernement de Terre-Neuve-et-  
Labrador

#### TÉMOINS

**Le mardi 20 mai 2008 (séance du matin)**

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et d  
la statistique;

Robert Reid, cadre supérieur, Community Accounts, Direction d  
l'économie et de la statistique.

*Université Memorial de Terre-Neuve :*

Dr Roy West, professeur émérite d'épidémiologie.

**Le mardi 20 mai 2008 (séance de l'après-midi)**

*Ministère des Ressources humaines, du Droit du travail et de l'Emploi d  
Terre-Neuve-et-Labrador :*

L'honorable Shawn Skinner, ministre;

Lynn Vivian-Book, sous-ministre adjointe, Revenu, emploi d  
services à la jeunesse;

Aisling Gogan, directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté.

*(Suite à la page précédente)*



CA1  
Y626  
557



Second Session  
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

## SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,  
Science and Technology*  
*Proceedings of the Subcommittee on*

# Population Health

*Chair:*

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, May 28, 2008  
Thursday, June 5, 2008  
Wednesday June 11, 2008  
Wednesday, June 18, 2008

Issue No. 7

**Twenty-first, twenty-second, twenty-third and  
twenty-fourth meetings on:**

The impact of the multiple factors and conditions that  
contribute to the health of Canada's populations —  
known collectively as the social determinants of health

WITNESSES:  
*See back cover)*

Deuxième session de la  
trente-neuvième législature, 2007-2008

## SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie*  
*Délibérations du Sous-comité sur la*

# Santé des populations

*Président :*

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 28 mai 2008  
Le jeudi 5 juin 2008  
Le mercredi 11 juin 2008  
Le mercredi 18 juin 2008

Fascicule n° 7

**Vingt et unième, vingt-deuxième, vingt-troisième  
et vingt-quatrième réunions concernant :**

Les divers facteurs et situations qui contribuent  
à la santé de la population canadienne, appelés  
collectivement les déterminants sociaux de la santé

TÉMOINS :  
*(Voir à l'endos)*

## THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

### *Changes in membership of the subcommittee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*May 28, 2008*)

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*May 29, 2008*)

## LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

*Président* : L'honorable Wilbert J. Keon

*Vice-présidente* : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown  
Callbeck  
Cochrane

Cook  
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

### *Modifications de la composition du sous-comité :*

Conformément à l'article 85(4), du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 28 mai 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 29 mai 2008*)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2008  
(21)

[English]

The subcommittee on Population Health met this day at 4:10 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Pépin and Trenholme Counsell (7).

*Other senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Michael Toye, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

## WITNESSES:

*United Nations Association in Canada:*

Kathryn White, Executive Director.

*The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada:*

Dr. André Lalonde, Executive Vice President.

*Canadian Paediatric Society:*

Marie Adèle Davis, Executive Director.

*Canadian Medical Association:*

Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group.

Ms. White, Dr. Lalonde, Ms. Davis and Dr. Bigsby each made a statement and, together, answered questions.

At 6:05 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

---

## PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2008  
(21)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 10, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Brown, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Trenholme Counsell (7).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présent :* Michael Toye, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

## TÉMOINS :

*Association canadienne pour les Nations Unies :*

Kathryn White, directrice générale.

*Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :*

Dr André Lalonde, vice-président général.

*Société canadienne de pédiatrie :*

Marie Adèle Davis, directrice générale.

*Association médicale canadienne :*

Dre Kathryn Bigsby, présidente, Groupe de travail sur la santé des enfants.

Mmes White et Davis, ainsi que les Drs Lalonde et Bigsby font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 5, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

---

OTTAWA, Thursday, June 5, 2008  
(22)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 10:54 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (4).

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

*University of Victoria:*

Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion (by video conference).

*Laval University:*

Maria De Koninck, Professor, Department of Social and Preventive Medicine.

*University of Regina:*

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

*Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:*

Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch.

Ms. Hills, Ms. De Koninck, Ms. Johnson and Mr. Prial each made a statement and, together, answered questions.

At 12:30 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, June 11, 2008  
(23)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:15 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cook, Keon and Pépin (5).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2008  
(22)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 54, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (4).

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

*Université de Victoria :*

Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la santé communautaire (par vidéoconférence).

*Université Laval :*

Maria De Koninck, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive.

*Université de Regina :*

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

*Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario :*

Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique.

Mmes Hills, De Koninck et Johnson, ainsi que M. Prial, font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 30, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 11 juin 2008  
(23)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cook, Keon et Pépin (5).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

**WITNESSES:**

*As an individual:*

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Former Minister of State (Public Health).

*University of Alberta:*

Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology.

*Saskatoon Health Region:*

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services.

Ms. Bennett and Ms. Williamson each made a statement and, together, answered questions.

Dr. Neudorf made a statement and answered questions.

At 6:05 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Wednesday, June 18, 2008  
(24)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:05 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Keon and Pépin (5).

*In attendance:* Michael Toye, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

**WITNESSES:**

*Canadian Environmental Assessment Agency:*

John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs;

Tim Smith, Senior Policy Advisor.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

**TÉMOINS :**

*À titre personnel :*

L'honorable Carolyne Bennett, C.P., députée, ancienne ministre d'État (Santé publique).

*Université de l'Alberta :*

Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

*Région sanitaire de Saskatoon :*

Dr Cordell Neudorf, administrateur en chef de la santé publique, Services de santé publique.

Mmes Bennett et Williamson font chacune une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

Le Dr Neudorf fait une déclaration puis répond aux questions.

À 18 h 5, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, le mercredi 18 juin 2008  
(24)

[Traduction]

Le Sous-Comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Keon et Pépin (5).

*Également présent :* Michael Toye, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

**TÉMOINS :**

*Agence canadienne d'évaluation environnementale :*

John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaires;

Tim Smith, conseiller principal en matière de politiques.



*Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:*

Louise Saint-Pierre, Project Manager.

Ms. Saint-Pierre and Mr. John Smith each made a statement and, with Mr. Tim Smith, answered questions.

At 5:35 p.m. the subcommittee suspended.

At 5:38 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee continued in camera to discuss future business.

At 5:44 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

*La greffière du sous-comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

*Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé :*

Louise Saint-Pierre, chef de projet.

Mme Saint-Pierre et M. John Smith font chacun une déclaration puis, avec l'aide de M. Tim Smith, répondent aux questions.

À 17 h 35, la séance est suspendue.

À 17 h 38, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité poursuit la séance à huis clos pour discuter des travaux futurs.

À 17 h 44, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:10 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[English]

**The Chair:** We are missing three or four senators, who will be along when they can extract themselves from what they are currently doing. Nevertheless, we will proceed because we are duly constituted.

We are delighted to have with us today from the United Nations Association in Canada, Kathryn White, Executive Director; from the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, Dr. André Lalonde, Executive Vice-president; from the Canadian Paediatric Society, Marie Adèle Davis, Executive Director; and from the Canadian Medical Association, Dr. Kathryn Bigsby, Chair of the Child Health Working Group.

We will proceed with Ms. White.

**Kathryn White, Executive Director, United Nations Association in Canada:** Honourable senators, on behalf of the United Nations Association in Canada, I would like to thank you for this invitation to present our work to you on the social determinants of health. I would also like to pay tribute to the work of this subcommittee, to Dr. Monique Bégin with the WHO commission and, in particular, pay a very special tribute to one of your former members who has been a keen supporter of our work and an inspiration with her advocacy for children of Canada and the world: Landon Pearson.

UNA Canada's Healthy Children, Healthy Communities project was designed to identify and explore social and community factors by which to build positive well-being and stronger, more cohesive communities. It was designed to engage young people as they have not been engaged in the past in both understanding and making recommendations on their own health. These goals have been guided by the existence of key international documents, such as the UN Convention on the Rights of the Child, A World Fit for Children and A Canada Fit for Children. By upholding the principles outlined in these documents, we went to children themselves — to young people across the country — and encouraged them to share with us their stories, voices, concerns and visions for healthy communities.

However, we did not stop there. We also surveyed child health stakeholders such as parents, community administrators and health care specialists, as well as the Canadian public, to help us

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 10 pour examiner les multiples facteurs et conditions qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs qu'on désigne sous l'appellation générique de déterminants de la santé, avant de faire un rapport sur la question.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Il nous manque trois ou quatre sénateurs, mais ils se joindront à nous dès qu'ils pourront se libérer. Nous allons quand même commencer puisque nous avons le quorum.

Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui Kathryn White, directrice exécutive de l'Association canadienne pour les Nations Unies; le Dr André Lalonde, vice-président général de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Marie Adèle Davis, directrice générale de la Société canadienne de pédiatrie; et la Dre Catherine Bigsby, présidente du Groupe de travail sur la santé des enfants, à l'Association médicale canadienne.

Nous allons commencer par Mme White.

**Kathryn White, directrice exécutive, Association canadienne pour les Nations Unies :** Honorables sénateurs, au nom de l'Association canadienne pour les Nations Unies, j'aimerais vous remercier de nous avoir invités à vous présenter les résultats de notre travail sur les déterminants sociaux de la santé. Je voudrais également rendre hommage à votre sous-comité, à la Dre Monique Bégin, de la commission de l'OMS, et à un ancien membre de votre comité, qui nous a beaucoup appuyés dans notre travail et qui a été une source d'inspiration dans sa défense des enfants au Canada et dans le monde : Landon Pearson.

Le projet « Les enfants sains dans les communautés saines » a été mis sur pied par l'ACNU dans le but de déterminer les facteurs sociaux et communautaires qui favorisent le bien-être des jeunes et permettent de bâtir des collectivités plus fortes et plus solidaires. Il a été conçu de façon à faire participer les jeunes comme jamais ils ne l'avaient fait auparavant, afin qu'ils comprennent mieux l'importance de cette question et qu'ils soient en mesure de faire des recommandations sur leur propre santé. Ces objectifs découlent de documents internationaux importants, comme la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant, Un monde digne des enfants et Un Canada digne des enfants. Tout en nous fondant sur les principes énoncés dans ces documents, nous nous sommes adressés aux enfants eux-mêmes, aux jeunes de tout le Canada, et nous les avons encouragés à nous raconter leur histoire et leurs problèmes et à nous dire comment ils imaginent des collectivités en santé.

Mais nous ne nous sommes pas arrêtés là. Nous avons aussi interrogé d'autres parties intéressées, comme les parents, les administrateurs communautaires et les professionnels de la santé,

better understand the social conditions which affect the lives of Canada's young people. Our research led us to publish *Talking Back to Grownups* in October, 2007. I thank you, chair, for helping us launch that document. It is a report that we encourage you all to read, if you have not already done so.

Since then, the team has developed resource material to continue the engagement of young people through a pan-Canadian youth network and an action toolkit for positive change. This past March, we held a national round-table exploring youth engagement, media and technology and the effects of the built environment on health.

Finally, next week we will publish our newest study, based on continued research in British Columbia, exploring the social determinants of health vis-à-vis the 2010 Winter Olympic Games.

In survey after survey, Canadians are expressing the need for addressing poverty in all its forms here at home and abroad. As a collective, we need to recognize its profound negative impacts on health, especially the health of children, whose first years will set the stage for a lifetime of health care access and consumption. In UNA Canada's *Talking Back to Grownups*, 74 per cent of participating adult Canadians expressed the need to end child poverty, even if it meant raising taxes. Approximately two-thirds of them told us they believe Canadian governments are putting too low a priority on child health programming.

According to our indicators on emotional well-being in children, the trends demonstrate inequalities between Caucasian, Aboriginal and ethnocultural — the UN does not like us to use “visible minority populations” anymore — as well as between high and low socio-economic groups. These numbers may not be new to any of us but, as we met with hundreds of children across the country, it became clearer that we can see the visible impacts of these pressures in children as early as the age of nine years. They are self-reporting these outcomes.

Other key findings demonstrate a continued stigmatization of mental and emotional health issues through significant disconnects in this basic understanding. Our research has shown that 98 per cent of adult Canadians believe that emotional well-being is just as important as physical health. However, only 7 per cent of Canadians believe that young people need to receive more information on this topic.

Let us consider what young people have told us. Our research used a number of indicators to gauge the level of emotional well-being of young people. In asking, for example, “I worry about life” and “I worry about my family's health,” respectively, 62 per cent and 40 per cent of youth agreed. The level of worry exhibited here reinforces the concern that unhealthy stress factors are a growing problem and need greater attention and resources.

sans oublier le public en général, afin de mieux comprendre les conditions sociales qui influent sur la vie et le bien-être des jeunes Canadiens. Nos travaux nous ont amenés à publier *Talking Back to Grownups* en octobre 2007. Je vous remercie, monsieur le président, de nous avoir aidés à lancer ce document. C'est un rapport que nous vous encourageons tous à lire, si ce n'est déjà fait.

Depuis, l'équipe a préparé un plan d'action pour le progrès et mis sur pied un réseau pancanadien et une trousse d'outils pour encourager les jeunes à participer. En mars dernier, nous avons organisé une table ronde pour parler de la participation des jeunes, des médias et de la technologie, ainsi que des effets de l'environnement bâti sur la santé.

Enfin, la semaine prochaine, nous publierons notre toute dernière étude, réalisée en Colombie-Britannique, qui porte sur les déterminants sociaux de la santé dans le contexte des Jeux olympiques d'hiver de 2010.

Étude après étude, les Canadiens nous disent qu'il faut s'attaquer au problème de la pauvreté sous toutes ses formes, au Canada et à l'étranger. Nous devons reconnaître les incidences négatives considérables que la pauvreté peut avoir sur la santé, surtout sur celle des enfants, car les premières années de la vie d'un enfant sont déterminantes pour ce qui est des soins de santé dont il aura besoin plus tard. Dans notre rapport *Talking Back to Grownups*, nous indiquons que 74 p. 100 des Canadiens adultes disent vouloir mettre un terme à la pauvreté des enfants, même s'il faut pour cela augmenter les impôts. Environ les deux tiers d'entre eux estiment que les gouvernements canadiens n'accordent pas assez de priorité à la santé des enfants.

Nos indicateurs sur le bien-être émotionnel des enfants révèlent des inégalités entre les enfants d'origine caucasienne, autochtone et ethnoculturelle — l'ONU ne veut plus que nous utilisions l'expression « minorités visibles » — et entre les groupes socio-économiques à revenus élevés et faibles. Ces conclusions ne vous surprennent peut-être pas beaucoup, mais nous avons rencontré des centaines d'enfants dans tout le pays, et avons constaté des impacts visibles de ces pressions sur les enfants dès l'âge de neuf ans, que les enfants ont eux-mêmes signalés.

D'autres conclusions importantes de l'étude révèlent une certaine stigmatisation des questions reliées à la santé émotionnelle, souvent due à une incompréhension de ce problème. Notre étude indique que, pour 98 p. 100 des Canadiens adultes, le bien-être émotionnel est tout aussi important que la santé physique. Par contre, seulement 7 p. 100 des Canadiens estiment que les jeunes ont besoin d'avoir plus d'information sur ce sujet.

Voyons maintenant ce que les jeunes nous ont dit. Pour notre étude, nous avons utilisé un certain nombre d'indicateurs pour mesurer le bien-être émotionnel des jeunes. Quand on leur a demandé, par exemple, si les énoncés suivants reflétaient ce qu'ils pensaient : « Ma vie est une source de préoccupations » et « La santé de la famille m'inquiète », 62 et 40 p. 100 des jeunes, respectivement, ont répondu que oui. Le niveau de préoccupation indiqué ici montre bien que les facteurs de stress sont un problème important qui nécessite davantage de réflexion et de ressources.



Evidently, many Canadians that we spoke with outlined that there is a significant lack of mental health specialists and services, particularly in rural or remote communities. Our strategies must integrate advocacy for good mental health through strong social marketing as aggressively as we have with physical health. On this we also applaud the creation of the Mental Health Commission of Canada, led by your former colleague.

You should know that we have just touched on some of the issues covered in our three years of research, but the question is: where do we go from here? How do we begin to address some of these health issues raised by young people themselves?

The social determinants of health are about relationships, culture, an individual sense of belonging and attachment to the community and, most important, about engagement and a sense of choice or control. Good health is good citizenship. Today, we recommend the following steps forward:

A focus on emotional well-being and mental health through targeted public education and outreach, and the strengthening of communities to improve health outcomes. We call for further research into what both the built community and the social community can do to increase good health outcomes.

Community-level differences are occurring across various indicators. Further research at the community level is needed to identify these factors that contribute to young people's health, as well as community-specific solutions. We need to begin looking at neighbourhoods in which people live and work and evaluate if they are organized in such a way that allows people to lead flourishing lives.

The next item is to create integrative and cohesive health policies and practices focusing on the social determinants of health. Children's lives are shaped by three key parts of their society: parents and guardians, the school, and the community as a whole. Health policies must focus on ensuring mutually supportive roles. Parents and guardians must have the ability to play an active and positive role in the lives of their children. The school must be a place where they can grow and be empowered to take action in their own lives. The community must be a place where positive relationships and connections are formed and reinforced.

We also need to focus on vulnerable youth. The importance of placing special attention on Aboriginal, new Canadians and visible minority young Canadians cannot be overemphasized. These people consistently bear the burden of lower standards of living, poorer quality of life and unequal distribution of resources. We must understand their realities and realize that these are issues of child rights. The responsibilities, of course, lie with us.

The next item is to give a voice to children and communities, and amplify this voice as necessary. Child and citizen health empowerment is perhaps the most important role that civil society, government and the health care sector can play together.

Bon nombre de Canadiens à qui nous avons parlé nous ont dit qu'il n'y avait pas assez de spécialistes et de services de santé mentale, surtout dans les collectivités rurales ou éloignées. Nous devons donc faire la promotion de la santé mentale de façon aussi agressive que nous l'avons fait pour la santé physique. À ce propos, nous nous réjouissons de la création de la Commission de la santé mentale du Canada, qui est dirigée par votre ancien collègue.

Nous n'avons fait que survoler certaines des questions que nous avons traitées pendant les trois années de notre étude, mais nous devons aujourd'hui nous poser la question suivante : que faire maintenant? Comment allons-nous régler les problèmes que les jeunes ont mentionnés?

Les déterminants sociaux de la santé, ce sont les relations humaines, la culture, un sentiment d'appartenance et d'attachement à la collectivité et, surtout, une sorte d'engagement et un certain degré de contrôle sur sa propre vie. Un homme et une femme en bonne santé sont de bons citoyens. Voici les mesures que nous recommandons.

Il faut mettre l'accent sur l'équilibre émotionnel et la santé mentale au moyen d'initiatives de sensibilisation et d'information du public, et il faut renforcer les collectivités afin d'améliorer l'état de santé de leurs membres. Nous recommandons également de faire des recherches sur l'influence positive que les infrastructures physiques et sociales peuvent avoir sur la santé.

Plusieurs indicateurs révèlent des différences entre les collectivités. Il faudrait donc faire d'autres recherches au niveau communautaire pour déterminer les facteurs qui contribuent à la santé des jeunes, ainsi que les solutions propres à une collectivité. Il faudrait aussi faire des recherches au niveau des quartiers, afin de voir si leur aménagement est propice à l'épanouissement des gens qui y vivent et qui y travaillent.

Nous recommandons ensuite de mettre en place des politiques de santé intégratives et globales, ainsi que des pratiques axées sur les déterminants sociaux de la santé. La vie des enfants est déterminée par trois grands piliers de leur milieu : les parents et tuteurs, l'école, et la communauté dans son ensemble. Les politiques de santé doivent leur permettre de se soutenir les uns les autres. Les parents doivent avoir la possibilité de jouer un rôle actif et positif dans la vie de leurs enfants. L'école doit être un endroit où l'enfant peut s'épanouir et prendre des initiatives concernant sa propre vie. La communauté doit être un espace où l'enfant peut établir et entretenir des relations positives.

Nous recommandons également de mettre l'accent sur les jeunes vulnérables. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'accorder une attention spéciale aux jeunes Canadiens d'origine autochtone, étrangère ou ethnique, car ces jeunes connaissent invariablement un niveau de vie et une qualité de vie inférieurs, et sont victimes d'une répartition inégale des ressources. Nous devons nous sensibiliser à leurs réalités et comprendre que cela fait partie des droits des enfants.

Enfin, il faut donner la parole aux enfants et aux collectivités, et l'amplifier au besoin. L'autonomisation des enfants et des citoyens en matière de santé est sans doute le rôle le plus important que la société civile, le gouvernement et le secteur de la

We recognize the work that is already being done by so many civil society organizations in strengthening the voice of young people, and we commend them. We also urge government to increase commitments to this area.

The Government of Canada has shown their leadership through their unswerving support of UNA-Canada HC2 initiative, Healthy Children, Healthy Communities, by encouraging our exploration for a deeper understanding of the effects of the social determinants of health on children. We must continue to do so.

**The Chair:** Thank you. Our next speaker is Dr. André Lalonde. The population health report will deal with the human life cycle, beginning with parenting, then moving on to maternal health, early childhood development and on through the life cycle until we reach the end of it. It is very fitting that we have Dr. Lalonde here to talk about how we achieve healthy mothers and healthy children, and how we avoid unhealthy mothers and unhealthy children.

[Translation]

**Dr. André Lalonde, Executive Vice-president, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada:** Mr. Chairman, first of all I would like to thank honorable senators for inviting me before this committee today, in particular senator Wilbert Keon and his colleagues here, who are all so dedicated to the issue of health care and specifically health care for the Canadian population.

It is a pleasure to be here today with my colleagues from the Canadian Medical Association of Canada, the Canadian Paediatric Society and the United Nations Association in Canada, to talk about this issue. We agree on many aspects of the question, specifically on the fact that a healthy childhood is the key to a healthy society.

[English]

I know you are looking for recommendations for your fourth report. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, or SOGC, is pleased to provide you with some concrete ideas about what can be done to improve child health. It will not surprise you that these recommendations will start at the very beginning because you cannot have a useful discussion about promoting and ensuring child health without talking about maternal health.

Mother and child are the inseparable dyad. Science now has clearly established that the health of the mother directly affects the health of her child, from preconception to prenatal, labour, delivery and post-partum. During these weeks and months a child's entire future may be decided, sometimes even before the child is born. You only have to type "fetal origins of adult disease" into the Google search engine and you will find countless references to scientific research in which the link between the

santé peuvent jouer tous ensemble. Nous rendons hommage aux nombreuses organisations de la société civile qui cherchent à donner la parole aux jeunes. Nous recommandons au gouvernement d'en faire davantage dans ce domaine.

Le gouvernement du Canada a déjà fait preuve de leadership en accordant un appui indéfectible à l'initiative EsCs de l'ACNU : Les enfants sains dans les communautés saines, qui nous permet de mieux comprendre les effets des déterminants sociaux de la santé sur les enfants. Mais nous ne devons pas nous arrêter là.

**Le président :** Merci. Je vais maintenant donner la parole au Dr André Lalonde. Le rapport sur la santé des populations va englober tout le cycle de vie de l'homme, en commençant par l'éducation donnée par les parents, la santé de la mère, la petite enfance, et ainsi de suite jusqu'à la mort. Il est donc tout à fait pertinent que nous recevions aujourd'hui le Dr Lalonde puisqu'il va nous dire ce qu'il faut faire et ne pas faire pour avoir des mères et des enfants en bonne santé.

[Français]

**Dr André Lalonde, vice-président général, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :** Monsieur le président, j'aimerais d'abord remercier les honorables sénateurs pour cette invitation à comparaître devant le sous-comité aujourd'hui, particulièrement le président du comité, le sénateur Wilbert Keon, et ses collègues ici présents qui sont tous, sans contredit, des champions dévoués aux questions des soins de santé, particulièrement celles qui ont trait à la santé des Canadiens et des Canadiennes.

C'est avec grand plaisir que je me joins à mes collègues de l'Association médicale canadienne, de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association canadienne pour les Nations Unies dans le cadre de ce groupe de discussion. Nous nous entendons sur bien des points et surtout sur le fait qu'une enfance saine est le pilier d'une société saine.

[Traduction]

Je sais que vous recherchez des éléments sur quoi fonder les recommandations de votre quatrième rapport. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la SOGC, est heureuse de vous donner des exemples concrets de mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé des enfants. Je ne vais surprendre personne en disant qu'il faut intervenir au tout début, car on ne peut pas sérieusement parler de promouvoir et de garantir la santé des enfants si l'on ne s'intéresse pas à la santé de la mère.

La mère et l'enfant sont une dyade inséparable. La science a clairement démontré que la santé de la mère influe directement sur la santé de son enfant, avant même la conception, pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement et jusqu'au post-partum. Ces quelques semaines et ces quelques mois peuvent déterminer la santé future de l'enfant, parfois même avant sa naissance. Il vous suffit de taper « origines fœtales d'une maladie d'adulte » dans Google pour voir apparaître d'innombrables



onset of certain diseases can be linked to an adverse fetal environment: type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, asthma, et cetera.

[Translation]

Studies have been undertaken to explore the impact of factors like herbicides, PCBs, bad food habits, adverse fetal environment during the first weeks after conception, anxiety problems, on the onset of illnesses like Parkinson's disease, dementia, cancer, osteoporosis, and many birth defects.

[English]

Imagine if we could reduce the risk factors for these diseases even before a child was born. Think of the improvement to their quality of life and their productivity to society, let alone the very real, positive impact on health care budgets where we see these kinds of diseases requiring ever-increasing funding commitments.

While there are many important social determinants of health, women are in quadruple jeopardy for the most important of all of these determinants: poverty. If you are a woman, if you are a single woman, if you are an Aboriginal woman, if you are a pregnant woman, there is a very good chance you will be poor, that your pregnancy will be affected by your poverty, that your child will be poor and that your child's health will be affected by this poverty.

This is especially true for First Nations, Inuit and Métis communities. One out of every four First Nations children lives in poverty compared to one out of six Canadian children. First Nations families are three times more likely to experience poor living conditions. More than half of all First Nations citizens are unemployed. Seventy per cent of First Nations students will never complete high school, and about one in six First Nations homes are overcrowded.

Last year, the SOGC joined the campaign Make Poverty History: The First Nations Plan for Creating Opportunity, led by National Chief Phil Fontaine of the AFN, to fight child poverty in First Nations.

[Translation]

The SOGC believes that any initiative requires the engagement and participation of First Nations, Inuit and Metis communities. That is why we have been holding consultations with Aboriginal groups concerning birthing. We strongly believe that a positive birthing experience is the foundation that will allow us to improve child health.

références à des études scientifiques démontrant que certaines maladies peuvent être liées à un environnement fœtal défavorable : le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, et cetera.

[Français]

Des recherches sont en cours pour observer le rôle de facteurs tels que les herbicides, les BPC, la mauvaise nutrition, les conditions défavorables pendant les premiers stades de développement fœtal, les troubles d'anxiété; tous ces facteurs sur les manifestations de maladies telles que la maladie de Parkinson, la démence, le cancer, l'ostéoporose et nombre d'anomalies congénitales.

[Traduction]

Imaginez si nous pouvions réduire les facteurs de risques de ces maladies avant même que l'enfant ne soit né. Songez à l'amélioration de sa qualité de vie et de sa contribution à la société, sans parler de l'impact réel et positif sur les budgets de santé, étant donné que le traitement de ces maladies nécessite des investissements croissants.

Il existe un grand nombre de déterminants sociaux de la santé, mais les femmes ont quatre fois plus de risques d'être victimes du plus important de ces déterminants : la pauvreté. Si vous êtes une femme célibataire autochtone, et que vous êtes enceinte, il y a de fortes chances pour que vous soyez pauvre, que votre grossesse soit affectée par la pauvreté, que votre enfant soit pauvre, et que la santé de votre enfant soit elle aussi affectée par la pauvreté.

C'est particulièrement vrai des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis. Un enfant sur quatre des Premières nations vit dans la pauvreté, alors que ce chiffre n'est que de un sur six chez les enfants canadiens. Chez les Premières nations, les familles sont trois fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté; plus de la moitié de la population active est au chômage; 70 p. 100 des élèves ne termineront jamais l'école secondaire, et une maison sur six est surpeuplée.

L'an dernier, la SOGC a participé à la campagne « Abolissons la pauvreté : le plan des Premières nations pour créer des débouchés », qui a été lancée par le chef national de l'APN, Phil Fontaine, afin de lutter contre la pauvreté des enfants chez les Premières nations.

[Français]

La SOGC croit que toute initiative doit être fondée sur la participation et la concertation avec les populations des Premières nations, métisses et inuites. C'est pourquoi nous tenons des consultations avec les groupes autochtones en ce qui concerne l'accouchement. Nous croyons qu'une expérience positive en matière d'accouchement nous permettra d'élaborer des bases solides en vue d'améliorer la santé infantile.



*[English]*

Through its strategic direction on Aboriginal health, the SOGC has accepted this challenge of an Aboriginal birthing initiative. Over the past two years the SOGC has been seeking support for a national birthing initiative for Canada, which includes a component on Aboriginal birth. The initiative was developed in collaboration with five partners: The College of Family Physicians of Canada, the Society of Rural Physicians of Canada, the Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses (Canada), the Canadian Nurses Association and the Canadian Association of Midwives. The plan covers seven key actions to ensure that mothers and babies from Corner Brook to Comox to Iqaluit receive the care they need. Without going into details, here are the highlights.

First, we must listen to women and to their needs. Second, we should be working together collaboratively across professions. Third, we should gather accurate data. As you know, we have a hard time comparing our data with other countries' data since we cannot get accurate data. Fourth, create and implement national, standardized practice guidelines for every province. Fifth, develop a standardized pan-Canadian curriculum for post-secondary education, maternal and newborn health. Sixth, mandate maternity patient safety programs. Seventh, establish national oversight.

Today, the SOGC would like to make recommendations to the Senate committee. First, that the Government of Canada commit to reducing maternal and child poverty in the next five to ten years by providing pregnancy and newborn benefits as early as 20-weeks gestation, for example, rather than only through the post-partum period; guarantee early prenatal care; provide better support for day care and have a national daycare system; provide better education for young children.

Second, that the federal government adopt a national birthing initiative that includes an Aboriginal birthing component. By doing so, we would be implementing the groundbreaking recommendations of the Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project that reported a year and a half ago to Health Canada, and the recommendations are still not implemented.

*[Translation]*

Third, that child health include maternal health, because when the mother is not in good health, the child will be much less likely to live a healthy and disease-free life.

*[Traduction]*

Ayant fait de la santé autochtone une de ses orientations stratégiques, la SOGC a décidé de lancer une Initiative reliée à la naissance en milieu autochtone. Depuis deux ans, la société essaie de mobiliser des appuis pour lancer une Initiative pancanadienne reliée à la naissance, avec une composante autochtone. L'initiative a été préparée avec cinq partenaires : le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada, l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et l'Association canadienne des sages-femmes. L'Initiative prévoit sept grandes mesures à prendre pour s'assurer que, de Corner Brook à Comox en passant par Iqaluit, les mères et les enfants reçoivent tous les soins dont ils ont besoin. Sans entrer dans les détails, je vais vous donner les grandes lignes de cette initiative.

Premièrement, il faut écouter les femmes. Deuxièmement, il faut faciliter la collaboration entre les professions. Troisièmement, il faut recueillir des données. Comme vous le savez, nous avons du mal à comparer nos données avec celles d'autres pays car les nôtres ne sont pas exactes. Quatrièmement, il faut mettre en place des lignes directrices standardisées pancanadiennes dans chaque province. Cinquièmement, il faut élaborer un programme de formation postsecondaire standardisé, à l'échelle du Canada, dans le domaine des soins de la mère et du nouveau-né. Sixièmement, il faut créer un programme de formation continue pour améliorer la sécurité des patientes. Septièmement, il faut implanter des modèles de soins à l'échelle nationale.

Aujourd'hui, la SOGC aimerait soumettre plusieurs recommandations à votre comité. Premièrement, le gouvernement du Canada devrait s'engager à réduire la pauvreté chez les mères et les enfants au cours des cinq à dix prochaines années, en versant des allocations dès la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse, plutôt que de seulement attendre après la naissance; en garantissant des soins prénatals dès le début de la grossesse; en mettant sur pied un système national de garde d'enfants; et en offrant de meilleurs services d'éducation pour les enfants en bas âge.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral devrait adopter une initiative pancanadienne reliée à la naissance, avec une composante autochtone. Ce faisant, il mettrait en œuvre les recommandations fort novatrices, mais jusque-là restées sans réponse, du Projet de soins primaires obstétriques concertés qui a été soumis à Santé Canada il y a un an et demi.

*[Français]*

Troisièmement, que la santé infantile soit définie comme allant de pair avec la santé maternelle, confirmant le fait que si la mère n'est pas en santé, les probabilités que son enfant mène une vie saine et exempte de maladies sont grandement réduites.

[English]

Four, that mothers receive prenatal, labour and delivery support and postnatal care when they need it and that infant care always include the care of the mother. Five, that the federal government commit to bringing maternity care and childbirth back to rural, remote and Aboriginal communities so that families do not have to be separated when a due date approaches in order to be assured a safe and healthy outcome.

[Translation]

Canada must do better in child and maternal health issues. These recommendations will allow us to reach that goal.

[English]

In closing, the SOGC has undertaken a survey of our existing emergency obstetrical care capacity. For example, are there enough obstetricians in Canada to respond to emergency obstetrical care? The preliminary results, which I am now studying, suggest that the maternity care human resources situation is more urgent and critical than ever. We will see some grave problems in five to ten years. If we do not take steps now to ensure healthier mothers and babies, we are setting ourselves up for failure on many other fronts in the future. Let us not wait for the cracks in the system to become the crisis on the front pages of our newspapers.

[Translation]

I will be happy to answer any question you may have.

[English]

**The Chair:** Thank you very much, Dr. Lalonde, for all the time you have put into this and for your presentation.

We will now hear from Ms. Davis from the Canadian Paediatric Society.

**Marie Adèle Davis, Executive Director, Canadian Paediatric Society:** Thank you for the opportunity to present to your subcommittee today.

[Translation]

I am here today to represent the Canadian Paediatric Society, the professional home for more than 2,600 paediatricians, paediatric subspecialists and other child and youth health providers.

[English]

The Canadian Paediatric Society has been working on behalf of children and youth since 1922. For much of that time, our primary focus has been on what are considered medical issues:

[Traduction]

Quatrièmement, les mères devraient recevoir les soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, pendant le travail, pendant l'accouchement et après la naissance, et la santé du nouveau-né devrait inclure celle de la mère. Cinquièmement, le gouvernement fédéral devrait s'engager à réimplanter des services de maternité dans les régions rurales et isolées et dans les communautés autochtones, afin que les mères ne soient plus obligées de quitter leur famille pour pouvoir aller accoucher dans un établissement bien équipé et avoir ainsi le maximum de chances d'avoir un bébé en bonne santé.

[Français]

Le Canada se doit de faire mieux en matière de santé maternelle et infantile. Ces recommandations permettront d'y arriver.

[Traduction]

Pour terminer, j'aimerais vous dire que la SOGC a entrepris une étude sur notre capacité actuelle en soins obstétrique d'urgence. Il faut en effet se demander, par exemple, s'il y a suffisamment d'obstétriciens au Canada pour répondre aux situations d'urgence. D'après les résultats préliminaires, que nous examinons actuellement, il semblerait que les ressources humaines en soins maternels soient plus problématiques que jamais, et que, d'ici cinq à dix ans, la situation ne fera qu'empirer. Si nous ne prenons pas dès maintenant des mesures pour garantir une meilleure santé aux mères et à leurs nouveau-nés, nous connaissons de graves problèmes sur bien d'autres fronts. N'attendons donc pas que la crise se produise et fasse la une des journaux.

[Français]

C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

[Traduction]

**Le président :** Merci, Dr Lalonde, de cet exposé et de tout le temps que vous y avez consacré.

Nous allons maintenant entendre Mme Davis, de la Société canadienne de pédiatrie.

**Marie Adèle Davis, directrice générale, Société canadienne de pédiatrie :** Merci, monsieur le président, de me permettre de m'adresser à votre comité aujourd'hui.

[Français]

Je suis ici au nom de la Société canadienne de pédiatrie, une association professionnelle qui représente plus de 2 600 pédiatres, pédiatres avec sous-spécialité et autres dispensateurs de soins aux enfants et aux adolescents.

[Traduction]

La Société canadienne de pédiatrie défend la cause des enfants et des jeunes depuis 1922. Elle s'est toujours principalement intéressée à ce qu'on appelle des questions médicales : comment

stemming the spread of infectious disease, ensuring children and youth have access to immunizations, advocating for nutritional and neonatal standards, injury prevention legislation and others.

Despite progress, these are still top priorities for CPS. In the area of injury prevention, for example, Canada has a long way to go. We rank twenty-second among 29 OECD nations in preventable childhood injuries and deaths. The CPS is a strong advocate for a national injury prevention strategy, as recommended in Kellie Leitch's recent report to the Minister of Health.

However, we know that to be successful in injury prevention and so many other aspects of child and youth health, we need to look beyond the traditional medical model. We need to look at how to improve the conditions that lead to good health. Yet, our approaches to improving health in Canada have taken on a narrow focus at times. Reducing wait times, for example, is important, but it is a short-term fix. Improving the health of Canadians means taking a longer-term and much broader view.

We know a great deal today about what makes children and youth healthy, and the most influential determinants have to do with the health and well-being of their families, their mothers, their communities and the environments in which they live. Growing up healthy means more than having access to medical services. It means having a stable family income, a nurturing home and community, a solid education, opportunities to grow and develop, and so much more.

The Canadian Paediatric Society, along with the Canadian Medical Association and the College of Family Physicians of Canada, articulated much of this in Canada's Child and Youth Health Charter, which was launched last year after consultation with leading experts and organizations. Unfortunately, to date, the federal government has not indicated a willingness to formally support or endorse this charter.

Canada has not fared well in international comparisons of child health and well-being. One recent report from UNICEF shows Canada ranking twelfth of 21 wealthy countries on overall child well-being. Despite technology and the minds to deliver the best health care in the world, Canadian children are not doing as well as they could be. Why? In part, we feel there is a lack of sustained political will and commitment to make children and youth a priority. Canada also falls short in creating the conditions that nurture good health, as my colleagues indicated. Nearly 20 years after a motion to end child poverty by the year 2000

endiguer la propagation des maladies infectieuses, s'assurer que les enfants et les jeunes ont accès à des vaccins, et faire la promotion de normes en matière de nutrition et de soins néonataux, et de projets de loi destinés à prévenir les blessures, et cetera.

Malgré les progrès enregistrés à ce chapitre, ces questions sont encore de grandes priorités pour notre société. Dans le domaine de la prévention des blessures, par exemple, le Canada a encore fort à faire. En effet, nous nous plaçons au 22<sup>e</sup> rang des 29 pays de l'OCDE en ce qui concerne le nombre de blessures et de décès qui auraient pu être évités chez les enfants. La Société préconise ardemment la mise en place d'une stratégie nationale de prévention des blessures, comme le recommande un rapport récent de Kellie Leitch au ministre de la Santé.

Nous savons toutefois que, comme c'est le cas pour bien d'autres aspects de la santé des enfants et des jeunes, une telle stratégie, pour donner des résultats, ne doit pas se limiter au modèle médical traditionnel. Nous devons réfléchir à la façon dont nous pouvons améliorer les conditions qui favorisent une bonne santé. Et pourtant, il nous arrive souvent d'adopter des approches trop limitées lorsqu'il s'agit d'améliorer l'état de santé de la population canadienne. La réduction des délais d'attente, par exemple, est un objectif important, mais ce n'est qu'un cataplasme. Pour améliorer la santé des Canadiens, il faut adopter une approche beaucoup plus large et à plus long terme.

À l'heure actuelle, nous savons beaucoup de choses sur ce qui favorise la bonne santé des enfants et des jeunes. Nous savons aussi que la plupart des principaux déterminants concernent la santé et le bien-être de leur famille et de leur mère, leur communauté, et l'environnement dans lequel ils vivent. Grandir en bonne santé, ce n'est pas seulement avoir accès à des services médicaux. C'est disposer d'un revenu familial stable, vivre dans une maison et une communauté favorisant l'épanouissement, acquérir une solide éducation, avoir des possibilités de s'épanouir et de se développer, et bien d'autres choses encore.

La Société canadienne de pédiatrie, de concert avec l'Association médicale canadienne et le Collège des médecins de famille, a articulé un grand nombre de ces principes dans la Charte canadienne de la santé des enfants et des jeunes, qui a été lancée l'an dernier après consultation de grands spécialistes et d'autres organisations. Malheureusement, le gouvernement fédéral n'a toujours pas indiqué s'il était disposé à endosser officiellement cette charte.

Le Canada n'occupe pas une place très enviable dans les classements internationaux sur la santé et le bien-être des enfants. Selon un rapport récent de l'Unicef, le Canada occupe le 12<sup>e</sup> rang, parmi 21 pays riches, en ce qui concerne le bien-être général des enfants. Malgré la technologie et les cerveaux dont nous disposons et qui devraient nous permettre d'offrir les meilleurs services de santé au monde, les enfants canadiens ne sont pas aussi bien soignés qu'ils devraient l'être. Pourquoi? En partie, à notre avis, par manque d'une réelle volonté politique de faire des enfants et des jeunes une priorité. Comme l'ont indiqué mes



passed unanimously in the House of Commons, the rate of child poverty has not changed.

The need for leadership is crucial. That is why the Canadian Paediatric Society is calling for a federal commissioner for children and youth, an independent voice that will ensure the views and needs of children and youth are considered in all relevant national public policy decisions. A commissioner would ensure that the federal government is accountable to young Canadians. This was recommended by your colleagues in the Standing Senate Committee on Human Rights.

The federal government has received clear direction on many children's health issues, thanks to the report from Dr. Leitch. She has indicated that injury prevention, preventing childhood obesity and improving mental health should be top priorities. We support her recommendations wholeheartedly. However, we are disturbed that the federal government has still not responded publicly to her report. We encourage them to work with child and youth advocates to ensure that the recommendations in the report take shape in the coming months and years.

Still, even in Dr. Leitch's report, explicit mention of the broad determinants of health appears as an appendix; this despite knowing that in order to make progress on issues such as obesity and mental health it is critical to look at children's families, social environments, education and much more.

Four years ago, the federal government signed on to A Canada Fit For Children, which underlined the need for a broader lens on child and youth health. Yet, past and current governments alike have instead taken a more narrow view. We look forward to your report encouraging them to take a broader view. We know what is needed to improve the health and well-being of children and youth. What we need now is political will and immediate action.

As a representative of an organization of pediatricians, I also need to make you aware, as Dr. Lalonde did, of the serious human resource shortages we are facing. When children and youth come into contact with the health care system, they need timely access to the range of professionals who support their growth and development, promote health and safety, and provide quality care for acute and chronic problems. However, there are fewer and fewer pediatricians to share the workload, and more children with complex medical issues.

collègues, le Canada réussit moins bien que les autres pays à créer les conditions qui favorisent une bonne santé. Près de 20 ans après l'adoption unanime par la Chambre des communes d'une motion visant à mettre un terme à la pauvreté chez les enfants d'ici à l'an 2000, le taux de pauvreté chez les enfants n'a pas changé.

Il faut donc que quelqu'un se saisisse du dossier, et c'est la raison pour laquelle la Société canadienne de pédiatrie réclame la nomination d'un commissaire fédéral à la jeunesse, qui serait le porte-parole des enfants et des jeunes lors de l'examen de politiques publiques nationales les concernant. L'existence de ce commissaire obligerait le gouvernement fédéral à rendre des comptes aux jeunes Canadiens. C'est ce qu'ont recommandé vos collègues du Comité sénatorial permanent des droits de la personne.

Le gouvernement fédéral dispose d'orientations très claires sur beaucoup de questions concernant la santé des enfants, grâce au rapport du Dre Leitch. L'auteur y indique que la prévention des blessures, la prévention de l'obésité chez les enfants et l'amélioration de la santé mentale devraient être des priorités. Nous appuyons ses recommandations à 100 p. 100, mais nous ne comprenons pas pourquoi le gouvernement fédéral n'a toujours pas répondu officiellement à ce rapport. Nous l'encourageons à travailler avec les défenseurs des enfants et des jeunes pour que les recommandations du rapport soient mises en oeuvre au cours des prochains mois et des prochaines années.

Dans le rapport de la Dre Leitch, la liste explicite des déterminants de la santé figure en annexe, et ce, alors que nous savons parfaitement que, pour faire des progrès sur des questions comme l'obésité et la santé mentale, il est indispensable de tenir compte de la famille des enfants, de leur environnement social, de leur éducation et de bien d'autres choses.

Il y a quatre ans, le gouvernement fédéral a signé un document intitulé Un Canada digne des enfants, qui souligne la nécessité d'adopter une approche plus vaste en ce qui concerne la santé des enfants et des jeunes. Or, les gouvernements passés et le gouvernement actuel continuent d'adopter une approche trop étroite. Nous espérons que, dans votre rapport, vous encouragerez le gouvernement à adopter une approche plus large. Nous savons ce qu'il faut faire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes; il ne manque plus que la volonté politique et une intervention immédiate.

En tant que représentante d'une association de pédiatres, je dois aussi vous sensibiliser, comme l'a fait le Dr Lalonde, à la grave pénurie de ressources humaines que nous connaissons. Lorsque des enfants et des jeunes ont besoin de soins de santé, ils doivent pouvoir avoir accès, sans attendre, à des professionnels qui vont encourager leur croissance et leur développement, promouvoir leur santé et leur sécurité, et leur fournir les soins actifs et de longue durée dont ils ont besoin. Malheureusement, les pédiatres sont de moins en moins nombreux à se partager le travail, alors qu'il y a de plus en plus d'enfants avec des problèmes médicaux complexes.

Pediatricians are integral to child and youth health care in Canada. Not only do they provide clinical care but they are also actively working to improve the communities in which children live. Fewer pediatricians means fewer advocates working to improve the broad determinants of health for children and youth.

This is not an issue that has resonated with Canada's provincial and territorial governments. They are not developing human resource strategies that respond to the needs of children and youth. The CPS 2007 status report on public policy revealed that no province or territory currently has a pediatric human resource plan.

*[Translation]*

Children and youth must have access to the best health care services we can provide. Wherever they live, whatever their parents's incomes or the colour of their skin, they are entitled to the best health care possible, and our role is to help them do that.

*[English]*

**The Chair:** Thank you, Ms. Davis.

**Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group, Canadian Medical Association:** On behalf of the Canadian Medical Association, I thank you for the opportunity to be here today and I commend the subcommittee for focusing on the critical issue of child health.

My presentation today will focus on three areas. The first is what the Canadian Medical Association has done, and plans to do, in the area of children's health; the second is why the Canadian Medical Association has chosen to focus on the early years as a priority; and the third is recommendations for the subcommittee and for government for action in the area of children's health.

Physicians see the adverse effects of poor child health all too often, and as a pediatrician I see it every day in my work. We strongly believe that all children should have access to the best possible start in life. That healthy start includes opportunities to grow and develop in a safe and supportive environment with access to health services, as needed.

The CMA has been proud to be a partner in the Child Health Initiative, an alliance between the CMA, the Canadian Paediatric Society and the College of Family Physicians of Canada that has pressed for improvements in child health and the development of child health goals.

The CHI held the Child Health Summit last year where it developed the Canada's Child and Youth Health Charter based on three principles: A safe and secure environment, good health and development and a full range of health resources available to all. The charter states that all children should have things such as clean water, air and soil, protection from injury and exploitation,

Les pédiatres font partie intégrante des services de santé pour les enfants et les jeunes au Canada. Non seulement ils dispensent des soins cliniques, mais ils travaillent aussi activement à l'amélioration des communautés dans lesquelles vivent les enfants. S'il y a moins de pédiatres, cela signifie qu'il y aura moins de personnes résolues à améliorer les déterminants de la santé pour les enfants et les jeunes.

Ce n'est pas un problème qui interpelle les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ils n'ont mis en place aucune stratégie de ressources humaines pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes. Dans son rapport de 2007 sur les politiques publiques, notre Société indique qu'aucune province et aucun territoire ne s'est doté d'un plan de ressources humaines en pédiatrie.

*[Français]*

Les enfants et les adolescents ont droit aux normes de santé les plus élevées que ce pays a à offrir. Quel que soit leur lieu de résidence, le revenu de leurs parents ou la couleur de leur peau, ils ont droit à la meilleure santé possible et nous sommes tenus de contribuer à y parvenir.

*[Traduction]*

**Le président :** Merci, madame Davis.

**Dre Kathryn Bigsby, présidente du Groupe de travail sur la santé des enfants, Association médicale canadienne :** Au nom de l'AMC, je vous remercie de nous donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui, et je félicite le sous-comité de se concentrer sur la question critique de la santé des enfants.

Mon propos d'aujourd'hui portera sur trois aspects. Premièrement, ce que l'Association médicale canadienne a fait et prévoit faire dans le domaine de la santé des enfants. Deuxièmement, la raison pour laquelle l'Association médicale canadienne a choisi de se concentrer en priorité sur les premières années de la vie. Et troisièmement, les interventions que nous recommandons au Sous-comité et au gouvernement en matière de santé des enfants.

Les médecins sont très souvent témoins des effets néfastes de la mauvaise santé chez les enfants. Nous sommes convaincus que tous les enfants devraient bénéficier du meilleur départ possible dans la vie, ce qui comprend la possibilité de grandir et de se développer dans un environnement sécuritaire favorable et d'avoir accès aux services de santé nécessaires.

L'AMC a été fière de participer à l'Initiative sur la santé des enfants, alliance entre l'AMC, la Société canadienne de pédiatrie et le Collège des médecins de famille du Canada, qui a exercé des pressions en faveur de l'amélioration de la santé des enfants et du développement d'objectifs en matière de santé des enfants.

L'ISE a tenu l'an dernier un Sommet sur la santé des enfants et des jeunes, dont une des principales réalisations a été la production d'une Charte de la santé des enfants et des jeunes qui repose sur trois principes : un environnement sécuritaire et protégé; une bonne santé et un bon développement; un éventail complet de ressources de santé disponibles à tous. La Charte



and prenatal and maternal care for the best possible health at birth.

Further, the charter recognizes the need for proper nutrition for proper growth and long-term health, early learning opportunities and high-quality care at home and in the community, and basic health care including immunizations, drugs, mental and dental health.

Delegates at the summit also endorsed the Child Health Declaration and the Child Health Challenge, a call to action to make the charter a reality. Going forward, the Canadian Medical Association will invest considerable time and effort to develop policy targeting children from birth to 5 years of age. To that end, the CMA will host the Child Health Expert Consultation and Strategy Session on June 5 and June 6, 2008. The purpose of this consultation is to create a discussion paper, first, to identify how the Canadian Medical Association can help their members — physicians — and improve the health of children under 5 years of age and, second, to identify the key determinants of early child health, identify goals and recommend ways to achieve optimal health outcomes for children under 5 years of age.

This paper will inform a round-table discussion of child health experts in the fall this year, where we hope to produce a final report on the key determinants of children's health for those early years. We then hope to be invited to come before the subcommittee once again to present this report and to discuss our conclusions and recommendations.

The Canadian Medical Association is focusing on the period from birth to 5 years of age because it is a critical time for children and also a time when the physicians of Canada are, perhaps, in their best position to make a difference. Recent human development research suggests that the period from conception to age 6 has the most important influence of any time in the life-cycle on brain development.

As well, we are all aware that Canada could be, and should be, performing better in comparison to other OECD nations in a number of key areas such as infant mortality, injury and child poverty. We also know that most early screening for hereditary or congenital disease must take place between the ages of 0 and 5 in order to provide effective intervention. Development of brain and biological pathways in the prenatal period and in the early years affects physical and mental health in adult life. Physicians are well positioned to identify and optimize certain conditions for healthy growth and development. They can identify and prescribe effective interventions following many adverse childhood experiences in order to improve health outcomes for the child as he or she grows into adulthood.

stipule que tous les enfants doivent bénéficier de la propreté de l'eau, de l'air et du sol, être protégés contre les blessures et l'exploitation, et avoir accès à des soins prénatals et maternels pour être en meilleure santé possible à la naissance.

La Charte reconnaît en outre que les enfants ont droit à une bonne nutrition pour une croissance saine et une bonne santé à long terme, à des possibilités d'apprentissage et de soins de grande qualité pendant les premières années, à domicile et dans la communauté, et à des soins de santé de base, y compris la vaccination, les médicaments et les soins de santé mentale et dentaire.

Les délégués au Sommet ont aussi approuvé la Déclaration sur la santé des enfants et le Défi santé des enfants et des jeunes, appel à l'action visant à faire de la Charte une réalité. Pour ce qui est de l'avenir, l'AMC consacrera beaucoup de temps et d'efforts à l'élaboration d'une politique sur les premières années de la vie, soit de la naissance à cinq ans. À cette fin, l'AMC parrainera une Séance de stratégie et de consultation d'experts en santé des enfants les 5 et 6 juin 2008. Cette consultation vise à créer un document de discussion pour, tout d'abord, déterminer comment l'AMC peut aider les médecins à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans; et, deuxièmement, cerner les principaux déterminants de la santé des enfants durant leurs premières années, fixer des objectifs et recommander des façons d'optimiser l'état de santé des enfants de moins de cinq ans.

Ce document éclairera une table ronde d'experts en santé des enfants qui se tiendra à l'automne 2008, grâce à laquelle nous espérons produire un rapport final sur les principaux déterminants de la santé des enfants au cours des premières années de la vie. Nous espérons être invités de nouveau devant votre sous-comité pour vous présenter ce rapport et discuter de nos conclusions et de nos recommandations.

L'Association médicale canadienne se concentre sur les premières années de la vie, de la naissance à cinq ans, car elles sont les plus critiques pour les enfants et parce que les médecins du Canada sont sans doute alors les mieux à même d'améliorer la situation. Des recherches récentes sur le développement humain indiquent que les six années qui suivent la conception sont les plus déterminantes pour le développement du cerveau.

Nous savons également que le Canada peut et doit faire mieux, comparativement à d'autres pays de l'OCDE, sur le plan de nombreux aspects clés comme la mortalité infantile, les traumatismes et la pauvreté. Nous savons aussi que le dépistage précoce des maladies héréditaires ou congénitales doit se faire entre zéro et cinq ans pour que l'on puisse intervenir efficacement, et que les voies cérébrales et biologiques au cours de la période prénatale et des premières années ont une incidence sur la santé physique et mentale à l'âge adulte. Les médecins sont bien placés pour définir et optimiser certaines conditions de la croissance et du développement en santé des enfants, et pour déterminer et prescrire des interventions efficaces en cas d'expériences négatives pendant l'enfance afin d'améliorer l'évolution de l'état de santé à l'âge adulte.



The CMA believes that there are a number of things government could be doing today in the area of children's health. First, Canada should not be at the bottom of the list of developed countries when it comes to spending as a percentage of GDP on early childhood programs. Investing in early development is essential for an optimal start to life and a physically, mentally and socially healthy childhood and adulthood.

Second, we need to improve our surveillance capability to better monitor changes in children's health because we cannot manage what we cannot measure. That is why the CMA recommends creation of an annual report card on child health in Canada.

Third, nearly one child in six lives in poverty in Canada. This can impact a child's growth and development, his or her physical or mental health and, ultimately, the ability to succeed as a teenager and adult. Governments can and must do more.

Finally, there are a number of recommendations within the recently released Dr. Leitch report in areas such as injury prevention, environmental vulnerabilities, nutrition, Aboriginal and mental health. The Canadian Medical Association strongly supports these recommendations and urges this subcommittee to consider them.

However, if there are two recommendations within the Dr. Leitch report that the Canadian Medical Association believes government could and must act upon immediately, they are the creation of a National Office of Child Health and a pan-Canadian child health strategy.

In conclusion, the Canadian Medical Association strongly supports the subcommittee's work and your focus on child health. If you have questions that I cannot answer, I will be very happy to take them to our expert advisory group, which will be meeting next week. I would also be pleased to speak further on my own experiences, particularly with respect to Foetal Alcohol Spectrum Disorder and any opportunities to deviate from the script.

We hope to return to see you this fall with specific recommendations to address specific child health determinants, especially those affecting children from birth to the age of 5.

Canada can and should be among the leading nations on earth in terms of children's health status. Our children deserve no less.

**The Chair:** Thank you. I believe I am a signatory to your charter. We are also committed to having you back in the fall; there is no question about it. I am sorry I will be out of town, holding other hearings, and cannot be at your round-table. I feel badly about that but I am following the matter closely and will have other people monitoring it.

L'AMC est d'avis qu'il y a de nombreuses choses que le gouvernement pourrait faire aujourd'hui dans le domaine de la santé des enfants. Tout d'abord, le Canada ne devrait pas venir en queue de peloton des pays industrialisés sur le plan des dépenses en pourcentage du PIB consacrées aux programmes et au développement de la petite enfance. Il est essentiel d'investir dans le développement au cours des premières années afin d'optimiser le début dans la vie pour permettre aux enfants de vivre en santé physique, mentale et sociale.

Deuxièmement, nous devons améliorer notre surveillance afin de suivre de près les changements apportés à la santé des enfants, parce qu'il est impossible de gérer ce que nous ne pouvons pas mesurer. C'est pourquoi l'AMC recommande la création d'un bulletin annuel sur la santé des enfants au Canada.

Troisièmement, près d'un enfant sur six vit dans la pauvreté au Canada. Cette situation peut avoir une incidence sur la croissance et le développement des enfants, sur leur santé physique et mentale et, finalement, sur leurs capacités de réussir à l'adolescence et à l'âge adulte. Les gouvernements peuvent et doivent faire plus à cet égard.

Enfin, le rapport Leitch publié récemment contient de nombreuses recommandations sur des aspects comme la prévention des blessures, les vulnérabilités à l'environnement, la nutrition, les Autochtones et la santé mentale. L'Association médicale canadienne appuie fermement ses recommandations et exhorte le Sous-comité à les étudier.

Il y a toutefois deux recommandations du rapport Leitch auxquelles l'Association médicale canadienne croit que le gouvernement peut et doit donner suite sur-le-champ, soit la création d'un Bureau national de la santé des enfants et l'instauration d'une stratégie pancanadienne sur la santé des enfants.

Pour terminer, j'aimerais vous dire que l'Association médicale canadienne appuie fermement le travail du Sous-comité et sa convergence sur la santé des enfants. Si vous me posez des questions auxquelles je ne peux pas répondre, je me ferai un plaisir de les soumettre à notre groupe consultatif d'experts, qui se réunit la semaine prochaine. Je serais également ravie de vous parler de mes propres expériences, notamment en ce qui concerne le syndrome de l'alcoolisme fœtal. Mais revenons au texte de ma déclaration.

Comme je l'ai déjà dit, nous espérons revenir vous voir cet automne pour vous présenter des recommandations précises sur les déterminants de la santé des enfants et, plus précisément, ceux qui ont une incidence sur les enfants de zéro à cinq ans.

Le Canada peut et doit faire partie des chefs de file mondiaux en matière de santé des enfants. Nos enfants ne méritent pas moins.

**Le président :** Merci. Je crois que j'ai signé votre charte. Nous allons vous convoquer à nouveau à l'automne, cela ne fait aucun doute. Je regrette de ne pas pouvoir assister à votre table ronde, mais je serai à l'extérieur d'Ottawa, en train de présider d'autres audiences. Je le regrette donc, mais je suis vos travaux de près et je vais demander à d'autres personnes d'en faire autant.

There will be a number of senators wanting to question you. I do not want to take too much of your time. It is very interesting to try to grapple with the great Canadian mosaic when it comes to social services and health care. I will be speaking to that somewhat this week at the Canadian Public Health Association 2008 Annual Conference in Halifax. I will not say anything about it now because I would like to hear from you.

We are not far from our final recommendations. Having been through a number of health studies — the last one being the mental health report — the big problem in the system in Canada is people falling off the cliff at various stages of the life cycle.

It is very interesting in regard to mental health when you try to hold hearings with Aboriginals about their terrible suicide problem. I recall one young male saying to me: "I had a lot of support in place when I was growing up, but when I became a young adult male, there was nothing; people fundamentally said to me, "Now you are on your own." It is not fun being a young adult male in an Aboriginal community because their whole way of life has changed.

One of the reasons that we wanted your testimony at the beginning was to get the beginning right. That is terribly important, starting with what Dr. Lalonde has said. We can back it up further than that. We visited Cuba. The counselling on parenting there was incredible, I thought. People were counselled about when they might become a parent and how to be an ideal parent. Given that context, and trying to work with the great Canadian health and social service mosaic, I believe, before the mental health report was released, I would have undertaken this study first. I was the Vice-Chair for that report. I felt it was essential for subsequent reports. However, there was tremendous pressure from the mental health community to complete the mental health report.

Nonetheless, we need to have a whole-of-government approach. However, no one wants to hear about that at any level of government. I have talked to people I trust at various levels of government about this issue. I think we need to recommend it anyway. It will occur in the United States after the election. A whole-of-government approach to population health will be advocated from the White House.

I would like to hear each of you comment on how we can convince federal, provincial, civic and community governments and organizations to take a whole-of-government approach to population health from preconception to the terminal state.

**Dr. Bigsby:** I was interested in what you were saying because I think it is absolutely true that we know there is a problem. However, we have seen many failures.

Mais je ne vais pas vous accaparer trop longtemps, car un certain nombre de sénateurs veulent vous poser des questions. Il est très intéressant de réfléchir à cette grande mosaïque canadienne que sont les services de santé. Je vais d'ailleurs aborder le sujet cette semaine, car je dois prendre la parole à la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, à Halifax. Je n'en dirai pas plus pour l'instant car c'est vous que je veux écouter.

Nous allons bientôt rédiger nos recommandations finales. Après un certain nombre d'études sur la santé, la dernière étant le rapport sur la santé mentale, je constate que le vrai problème, ce sont les gens que le système abandonne, à un moment ou à un autre de leur vie.

S'agissant de santé mentale, je me souviens qu'au cours de nos audiences sur le suicide chez les Autochtones, un jeune homme m'a dit : « J'étais très entouré quand j'étais petit, mais quand je suis devenu un jeune adulte, tout d'un coup, il n'y avait plus rien; les gens m'ont dit que, dorénavant, je devais me débrouiller tout seul ». La vie d'un jeune adulte dans une communauté autochtone n'est pas facile, car leur mode de vie a bien changé.

L'une des raisons pour lesquelles nous voulions entendre votre témoignage tout au début, c'était que nous voulions prendre un bon départ. Toute cette question est terriblement importante, et je pense à ce qu'a dit le Dr Lalonde. Il faut voir plus loin. Nous sommes allés à Cuba, et nous avons constaté que les services de conseil offerts aux parents étaient incroyables. On leur explique à quel moment ils sont susceptibles d'avoir des enfants, comment être un parent idéal, bref on leur enseigne l'art d'être parent. Avec du recul, et compte tenu de la mosaïque que représentent les services sociaux et sanitaires au Canada, je pense aujourd'hui qu'on aurait dû entreprendre cette étude en premier, avant le rapport sur la santé mentale. J'étais vice-président quand nous avons fait ce rapport, et je pensais qu'il était essentiel de faire cette étude avant les autres. Mais les professionnels de la santé mentale ont énormément insisté pour que nous commencions par le rapport sur la santé mentale.

Quoi qu'il en soit, nous devons adopter une approche pancanadienne, même si aucun palier de gouvernement ne veut s'en occuper. J'en ai parlé avec des gens en qui j'ai confiance, à divers paliers de gouvernement, et je pense que c'est ce genre d'approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations que nous devons recommander. C'est en tout cas ce que va préconiser le nouveau gouvernement américain, après les élections.

J'aimerais que chacun d'entre vous me dise comment nous pouvons convaincre les gouvernements et organismes fédéraux, provinciaux et communautaires d'adopter une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, c'est-à-dire de la préconception jusqu'à la fin de la vie d'un individu.

**Dre Bigsby :** Ce que vous venez de dire m'intéresse beaucoup, car nous savons bien que nous avons un problème. Mais il y a eu tellement d'expériences malheureuses.



You described the situation of a young Aboriginal man feeling like he has been dumped. I argue that while there were supports in place, they were probably not the right supports. We need to change our approach to this sort of situation. The interventions need to be child-centred and family-focused. If all we do is offer superficial interventions, it is about child care and baby-sitting, and not about early childhood development.

Earlier, I was talking about young children developing neural connections that make them into people who can think and problem-solve later in life. Along the way, we need to provide their parents with skills to help them take that child through the teenage years into adulthood. Those pieces have been missing. If we had a government office dedicated to child health, that could be a place where the success stories such as the programs I described can be systematically evaluated. Then there is an opportunity to disseminate that information broadly to communities across the country.

There are many well meaning people who will take your money and build something. We want them to build the right thing. There have been many failures along the way that can be very discouraging. However, they will not continue to be failures if we do it right in the future.

**The Chair:** I discussed this subject with a powerful provincial minister whom I trust very much. He said that this is mostly provincial jurisdiction, and there is no point in talking about the federal role.

We must have an arrangement whereby our needs and expectations can be part of the plan. How do you respond to that?

**Dr. Bigsby:** I would argue that the provincial funders also want to spend their money wisely. They may be uncertain how to do that.

I think the federal government has a role to play in setting national health goals and standards. I am not a politician, but I appreciate the pushback when you tell people what to do and then send them off to do it themselves.

If we have people in Ottawa whose job is to sift through this information and to champion research in the area, we can send it back to the funders and tell them they will get bang for their buck if they do it this way. I think that has a chance to be well received.

**Dr. Lalonde:** We always hear people talking about interventions. The Wait Time Alliance was all about interventions. If we are talking about population health, we have to talk about the parenting skills that we discussed. It is not popular to talk about the mother.

Vous avez parlé de ce jeune Autochtone qui a l'impression d'avoir été abandonné par le système. Il existait certainement des services d'aide, mais ce n'était sans doute pas ceux dont il avait besoin. Il faut que nous changions notre approche. Nos interventions doivent être davantage axées sur l'enfant et la famille. Si nous nous limitons à des interventions superficielles, nous faisons du gardiennage d'enfants, ce qui n'est pas la même chose que le développement de la petite enfance.

Je parlais il y a quelque temps des jeunes enfants qui ont besoin de développer leurs connexions nerveuses pour pouvoir devenir des individus capables de penser et de résoudre leurs problèmes. Il faut que nous donnions aux parents les compétences nécessaires pour qu'ils puissent accompagner leurs enfants tout au long de leur transformation vers l'âge adulte. C'est cela qui manque. Si le gouvernement créait un bureau de la santé de l'enfant, celui-ci pourrait se charger d'évaluer systématiquement les expériences positives, comme les programmes que j'ai mentionnés. Les résultats pourraient ensuite être diffusés à toutes les collectivités du pays.

Il y a beaucoup de gens bien intentionnés qui sont prêts à prendre votre argent et à créer quelque chose. Mais il faut s'assurer que c'est la bonne chose. Il y a eu tellement d'expériences malheureuses que cela peut être très décourageant. Mais ces expériences seront positives si nous savons nous y prendre.

**Le président :** J'en ai discuté avec un ministre provincial influent, en qui j'ai toute confiance. Il m'a dit que cela relevait essentiellement de la compétence provinciale, et qu'il était inutile de parler du rôle du gouvernement fédéral.

Il faut pourtant que nous trouvions un moyen pour que nos besoins et nos attentes soient pris en compte. Qu'en pensez-vous?

**Dre Bigsby :** Je suppose que les trésoriers provinciaux veulent être sûrs de dépenser leur argent à bon escient, et qu'ils ne savent pas vraiment comment s'y prendre.

Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'élaboration de normes et d'objectifs nationaux en matière de santé. Je ne suis pas un politicien, mais je comprends la réaction des gens quand vous leur dites quoi faire mais que vous les laissez se débrouiller tous seuls.

Nous pourrions avoir des gens à Ottawa dont la tâche consisterait à recueillir les informations dont nous avons besoin, à entreprendre des recherches dans le domaine, et ensuite à en communiquer les résultats aux bailleurs de fonds en leur disant qu'ils en auront pour leur argent s'ils procèdent de telle façon. Si nous nous y prenions ainsi, nous aurions une chance d'être bien reçus.

**Dr Lalonde :** On parle toujours d'interventions. L'Alliance sur les temps d'attente n'avait que ce mot à la bouche. Si nous voulons parler de santé des populations, nous devons parler des compétences que doivent avoir les parents, comme nous l'avons dit tout à l'heure, même si ce n'est pas très populaire de parler des compétences de la mère.



Why is the mother important in Canadian life? We only have to look back in history at the progress made in this country. Much of this progress was made by mothers who really are the important factor in raising children. It is not me as a doctor that is important. It is what support I can provide to mothers.

The phrase "population health" scares people. They do not know what it means. It is very abstract. Population health means how to remain healthy. We have not done that promotion. A few years ago, we had an exercise program that was not maintained. That was part of population health, to keep healthy and fit.

When we did campaigns against smoking showing pictures of lung cancer, it did not go anywhere. When we showed young people that they cannot run, or ride their bike as fast, or play soccer as long as other children their age, then they started to relate to the campaign because they understood it.

Population health must start with the fundamentals of preventive medicine. Canada used to be number one. To return to that state, we need to look at the bad word of "poverty." We need to find out why women are poor throughout the life cycle. If you take an Aboriginal woman, a young woman who is pregnant or an older woman, they are more likely poor. They are much poorer than us men.

We need to dissect that into messages to all Canadians promoting better life skills. I know about the experience of Cuba and I think it is wonderful. When someone is pregnant, everyone is happy and they run to that person.

As a gynecologist, I used to say to friends, let us see what happens six weeks after you have a baby when the baby is crying all night and you cannot reach anyone. Where is that other person that should be with you in guiding you in parenting?

**Ms. Davis:** I will go back to your first question about how to convince people that we need to take a whole-of-government approach. We need to wake people up to what will happen if we do not take a whole-of-government approach. I am here representing a group of pediatricians, so I hesitate to talk about economics and the future viability of the country. However, if we do not start to improve the broad determinants of health for our children and youth, it will ultimately have a huge impact on our economy. Children will not be finishing school or going on to post-secondary education and taking on the roles in our economy that we would want for our economy to grow.

I cannot believe I am saying this because I never liked economics very much when I was doing my MBA. James Heckman, who won the Nobel Prize in about 2005, was the keynote speaker at the American Academy of Pediatrics meeting.

Pourquoi la mère est-elle une figure importante dans la vie des Canadiens? Il faut bien comprendre que, si l'on a fait beaucoup de progrès au Canada, c'est grâce à des mères qui ont compris qu'il était important de bien élever leurs enfants. Ce n'est pas moi, en tant que médecin, qui suis important, c'est l'aide que je peux apporter aux mères.

L'expression « santé des populations » fait peur aux gens. Ils ne savent pas ce qu'elle veut dire. C'est très abstrait. La santé des populations, c'est savoir comment rester en bonne santé. Nous n'avons pas réussi à présenter les choses de cette façon. Il y a quelques années, nous avons mis sur pied un programme d'exercices physiques, mais il a été abandonné. Il faisait pourtant partie de la santé des populations, puisqu'il s'agissait de rester en forme et en bonne santé.

Lorsque nous avons lancé des campagnes contre le tabac en montrant des photos du cancer du poumon, cela ne donnait rien. Par contre, quand on a expliqué à des jeunes qu'ils ne pourraient plus courir, aller en vélo aussi vite que leurs camarades ou jouer au football aussi longtemps que leurs copains, là ils ont commencé à comprendre ce que signifiait la campagne.

En matière de santé des populations, il faut commencer par les fondamentaux de la médecine préventive. Le Canada était jadis numéro un dans ce domaine. Pour retrouver cette place, nous devons réfléchir sérieusement à ce vilain mot qu'est la « pauvreté ». Nous devons essayer de savoir pourquoi les femmes restent pauvres pendant tout leur cycle de vie. Si vous êtes une femme autochtone, une jeune femme enceinte ou une femme âgée, vous êtes beaucoup plus susceptible d'être pauvre. Les femmes sont beaucoup plus pauvres que les hommes.

Nous devons faire passer des messages à tous les Canadiens pour promouvoir l'acquisition de meilleures connaissances pratiques. Je sais ce qu'ils font à Cuba, et c'est fantastique. Quand une jeune femme est enceinte, tout le monde est content et tout le monde s'empresse autour d'elle.

En tant que gynécologue, j'avais l'habitude de dire à mes amis : attendez de voir ce qui se passera dans six semaines, lorsque le bébé sera né et qu'il pleurera toute la nuit. Qui sera là pour vous guider dans l'art d'être parents?

**Mme Davis :** Permettez-moi de revenir à votre première question, où vous nous demandez comment convaincre les gens d'adopter une approche pancanadienne. À mon avis, il faut les faire sortir de leur torpeur et bien leur faire comprendre ce qui se passera si nous n'adoptons pas une telle approche. Je représente un groupe de pédiatres, et, par conséquent, j'hésite à parler d'économie et de viabilité future du pays. Toutefois, si nous ne commençons pas dès maintenant à améliorer les principaux déterminants de la santé pour nos enfants et nos jeunes, notre inaction aura un impact considérable sur notre économie. En effet, les enfants ne finiront pas l'école ou n'iront pas à l'université, et ils ne pourront donc pas exercer les fonctions qu'exige le développement de notre économie.

Je me surprends moi-même à vous dire cela, car je n'aimais pas beaucoup l'économie quand je faisais mon MBA. James Heckman, qui a eu le prix Nobel vers 2005, était le principal conférencier à la conférence de l'American Academy of Pediatrics.

He showed various economic graphs that he had “dumbed down” enough for the pediatricians in the audience to understand, showing that if we do not start to take care of our children and youth in the broadest definition, the long-term success of the economy will suffer. In his case, he was speaking about the United States.

We also need to break down silos and to talk about the success stories where we have achieved that. The most evident one for children is between health and education. We have examples from all over Canada where they have put health back into the school system. They are small, so they do not get discussed very much.

One is in Cape Breton where they have introduced teen clinics in the high school. Within three years, they cut their teen pregnancy rate by 50 per cent. Most children go to school at least part of the time. Therefore, it is a wonderful platform through which to reach children and youth and to talk to them where they are comfortable in their own language.

On your second point about FPT, or federal/provincial/territorial jurisdiction, and the provinces saying that this is their jurisdiction, there are examples, albeit few, of where having national strategies actually led to better health across the board. The most relevant one for me is the national immunization strategy. All of the people who are interested in infectious disease get together and set standards. They do not tell the provinces what to do; they give the provinces the information they need to make wise decisions about immunization. In the five years since that strategy has been announced, we have seen much better free-of-charge national coverage of the vaccines that are recommended to prevent infectious disease in children and youth.

**Ms. White:** You will note that in my report I mentioned that fully 74 per cent of participating adult Canadians expressed the need to end child poverty, even if it meant raising taxes.

One thing of which UNA-Canada is very conscious in our research is asking the questions. Politicians necessarily have short attention spans because of the election cycle. In other research we have said the same thing. We have made a point of telling politicians that our focus is, for example, on support among Canadians of the UN, and therefore UN health agencies. That support is stronger among women and stronger in certain regions of the country that are important in terms of the next election cycle, and so on. There is a need for pragmatism.

You asked how we can sell this initiative. We need to do exactly what you have done today with this subcommittee; that is, bring people together. People who work solely with paediatricians

Il nous a montré différents tableaux économiques, qu'il avait beaucoup simplifiés pour que nous, les pédiatres de l'auditoire, puissions les comprendre. Ces tableaux montraient que, si nous nous ne commençons pas dès maintenant à nous occuper de nos enfants et de nos jeunes, au sens le plus général du terme, c'est l'économie qui en pâtira à long terme. En l'occurrence, il parlait des États-Unis.

Il faut aussi supprimer les cloisons, et faire connaître les expériences positives que nous avons réalisées. S'agissant des enfants, le décloisonnement doit d'abord se faire entre la santé et l'éducation. Partout au Canada, nous avons des exemples d'écoles où l'on a réimplanté des services de santé. Ce sont des services limités, certes, et c'est pour cela qu'on n'en parle pas beaucoup.

Au Cap-Breton, une école secondaire a implanté des cliniques pour les adolescents. En l'espace de trois ans, elle a réussi à diminuer de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes. La plupart des enfants passent au moins une partie de leur journée à l'école, et c'est donc l'endroit idéal pour leur parler de toutes ces questions, avec des mots qu'ils comprennent.

Votre deuxième question portait sur les compétences fédérales, provinciales et territoriales. Les provinces estiment que la santé relève de leur compétence, mais il y a des exemples, quoique pas très nombreux, où des stratégies nationales ont vraiment permis d'améliorer la santé de la population. L'exemple le plus pertinent qui me vient à l'esprit est la stratégie nationale de vaccination. Tous ceux qui s'intéressaient aux maladies infectieuses se sont rencontrés et ont décidé d'établir des normes. L'objectif n'est pas de dire aux provinces ce qu'elles doivent faire, mais plutôt de donner aux provinces l'information dont elles ont besoin pour prendre de bonnes décisions en matière de vaccination. Depuis cinq ans que cette stratégie est en place, la vaccination gratuite des enfants et des jeunes contre les maladies infectieuses est aujourd'hui nettement supérieure aux normes recommandées.

**Mme White :** Vous vous souvenez que, dans ma déclaration, j'ai indiqué que 74 p. 100 des adultes canadiens qui avaient participé à l'étude disaient vouloir mettre un terme à la pauvreté chez les enfants, même si cela se traduisait par une augmentation des impôts.

Dans ses recherches, l'ACNU accorde une grande importance à la formulation des questions. Les politiciens ont toujours un agenda limité dans le temps à cause du cycle électoral. Dans d'autres études, nous avons dit la même chose. Nous essayons de dire clairement aux politiciens quel est notre sujet de préoccupation, par exemple, l'appui que les Canadiens manifestent pour l'ONU et, partant, pour les agences sanitaires de l'ONU. Cet appui est plus élevé chez les femmes et dans certaines régions du pays, régions qui peuvent être importantes pour les prochaines élections, par exemple. Il faut savoir être pragmatique.

Vous vous demandez par quel moyen on pourrait faire accepter cette initiative. À mon avis, en faisant exactement ce que vous avez fait aujourd'hui avec votre sous-comité : amener les gens à se



do not work with civil society organizations like UNA-Canada, which is also doing research and bringing people together.

One of the key parts of the work we did, and why the report is called *Talking Back to Grownups*, is that we actually received the voice. We are going to leave with you a submission from young people whom we invited to speak to you as well. It is important that politicians listen to that, because of course they feed into the electorate. This is citizen engagement, and in selling whole-of-government we must recognize that other voices are talking across the FPT silos.

**The Chair:** Thank you. A real success story currently is how the Public Health Agency of Canada has been able to work with the provinces and branch out. They have nodes and sub-nodes, and so forth.

Senator Trenholme Counsell is particularly interested in early childhood development and will be doing a report on that. Our report, as I said, is dealing with the human life cycle, but we recognize the upfront importance of parenting, childhood and early childhood development.

**Senator Trenholme Counsell:** Welcome, and thank you for all of your presentations. They are very validating.

Dr. Bigsby, I will be happy to be part of your consultation process next week with the CMA and other fellow associations. Thank you for the invitation.

Ms. White, you said that we can see visible impacts of these pressures in children as early as nine years of age, referring to poverty and socio-economic conditions on health and emotional well-being. I practised for a long time as a family doctor, and I saw these changes as early as age one, and certainly as early as ages two or three. That is what led me to go into issues of early childhood when I left family practice, because I thought that was where the greatest difference could be made. Someone may have observed that at age nine, but these things are apparent much earlier.

I did not hear any of you give figures on infant mortality in Canada. Could we have the latest figures on that? On infant mortality and perinatal deaths, do we have figures for our Aboriginal population or just for Canada as a whole, and what is our present rating? I direct that question to Dr. Lalonde.

Dr. Lalonde, you recommend a national system of daycare and early childhood education. As Senator Keon said, I have been working on this with my colleagues for over a year. I become more and more convinced that we cannot have a national system. We can have national standards, vision and leadership, but to

rencontrer. Les gens qui travaillent uniquement avec des pédiatres ne travaillent pas avec des organisations de la société civile comme l'ACNU, qui fait elle aussi de la recherche et amène les gens à se rencontrer.

Pour une partie importante de notre travail, et c'est pour cela que le rapport s'intitule *Talking Back to Grownups*, nous avons réellement reçu des enregistrements. Nous allons vous laisser un mémoire que nous avons encouragé des jeunes gens à préparer à votre intention. Il est important que les politiciens écoutent cela, car encore une fois, ces jeunes font partie de l'électorat. C'est ça faire participer la société civile, et pour faire accepter votre approche, vous devez reconnaître qu'il y a d'autres parties prenantes derrière les cloisons fédérales, provinciales et territoriales.

**Le président :** Merci. Un autre exemple de succès est celui de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a réussi à collaborer avec les provinces et à se ramifier un peu partout. Elle a maintenant des antennes et des sous-antennes...

Le sénateur Trenholme Counsell s'intéresse tout particulièrement au développement de la petite enfance, et elle va d'ailleurs rédiger un rapport sur la question. Celui du sous-comité, comme je l'ai dit, va porter sur la totalité du cycle de vie, mais nous sommes conscients de l'importance que revêtent, au départ, l'éducation des parents et le développement de la petite enfance.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Bienvenue parmi nous, et merci à tous de vos déclarations, qui confirment ce que nous pensions.

Docteure Bigsby, je serai heureuse de participer à vos consultations de la semaine prochaine, avec l'AMC et les autres associations. Merci de l'invitation.

Madame White, vous avez dit que ces pressions avaient un impact visible sur les enfants dès l'âge de neuf ans, et vous parliez de l'impact de la pauvreté et des conditions socio-économiques sur la santé et le bien-être émotionnel. J'ai été médecin de famille pendant longtemps, et moi, je constatais ces impacts bien plus tôt que cela, dès l'âge d'un an, et souvent chez des enfants de deux ou trois ans. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je me suis intéressée au développement de la petite enfance lorsque j'ai cessé d'exercer la médecine, car j'estime que cette période-là est déterminante et que c'est à ce moment-là qu'il faut intervenir si l'on veut améliorer les choses. Certaines personnes ont peut-être fait ces observations chez des enfants de neuf ans, mais ces impacts sont visibles beaucoup plus tôt.

Aucun d'entre vous n'a donné des chiffres sur la mortalité infantile au Canada. Avez-vous des chiffres récents? Avons-nous des chiffres sur la mortalité des nouveau-nés, pour la population autochtone ou simplement pour l'ensemble de la population canadienne? Je m'adresse au Dr Lalonde.

Docteur Lalonde, vous avez recommandé la mise en place d'un système national de garderies et de développement de la petite enfance. Comme l'a dit le sénateur Keon, j'étudie cette question avec mes collègues depuis plus d'un an, et je suis de plus en plus convaincue que nous ne pouvons pas avoir un système national.



have a national system in this country with ten provinces and three territories is very difficult. Yet, you have recommended this. I would like to hear your conviction on that.

There are so many different ways in which child care programs, early childhood education, parenting programs and all of these programs are delivered. It is not a simple system. Dr. Fraser Mustard has used the word "network," but we need quality national standards and vision that will be applicable to all. I would like to hear a debate on system versus non-system.

**Dr. Lalonde:** OECD statistics show that on infant mortality, perinatal mortality and maternal mortality, the three mortalities on which they report, Canada is doing badly. We have fallen down. In the late 1980s and early 1990s, we were first or second in the world, and we are now twentieth to twenty-fifth in the developed world.

Unfortunately, because in Canada we "sanitize" our data, we do not report on the origin of people. We do not know if it is Inuit, First Nations, new immigrants or immigrants from India. We cannot collect national statistics on that anymore. We do not report on that and it is not written on the top of the chart anymore. That is a concern, because people in public health cannot zero in on a community that is having a big problem.

As another example, I met yesterday with someone from the Canadian Perinatal Surveillance System. They still cannot use the data from Ontario for maternal mortality. Yesterday we landed on Mars, yet we cannot report statistics from Toronto and Timmins to Ottawa. We need a strong recommendation that data must be available. Canadian citizens demand that, even if some provinces do not like it. If they do not like it, they can go internationally and show how bad their rates are. It is a shame that we cannot have a maternal mortality report in Canada because of lack of statistics from one or more provinces.

In the latest statistics on perinatal mortality, Manitoba was missing. What is going on? We only have 230 hospitals in Canada and they are all computerized. By February 1, we should have all the statistics on that. There is no reason not to have them.

Second, on the national system of daycare, I may have gone further than I meant to. I meant that there must be guidelines. We have a good system in Quebec, where I happen to have children who have children in daycare. They can afford it. They are thinking of moving to Ontario to work. They told me "If we move

Nous pouvons certes avoir des normes, une vision et un leadership à l'échelle nationale, mais il est très difficile d'implanter un système national dans un pays qui compte dix provinces et trois territoires. Pourtant, vous en faites la recommandation, et j'aimerais bien savoir pourquoi vous y croyez.

Il y a tellement de variations dans la façon dont les programmes de garderies, d'éducation de la petite enfance, d'éducation des parents, et cetera, sont administrés que cela n'est pas simple. Le Dr Fraser Mustard a utilisé le mot « réseau », mais nous avons besoin d'une vision et de normes nationales, qui seront applicables à tous. J'aimerais bien entendre le pour et le contre du système par opposition au non-système.

**Dr Lalonde :** S'agissant de mortalité infantile, de mortalité périnatale et de mortalité maternelle, le Canada enregistre des résultats médiocres, d'après les statistiques de l'OCDE. En fait, nous avons reculé. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, nous occupions la première ou la deuxième place dans le monde, mais aujourd'hui, nous avons reculé au 20<sup>e</sup> ou 25<sup>e</sup> rang des pays développés.

Malheureusement, étant donné que nous « aseptions » nos données au Canada, nous n'avons pas de statistiques en fonction de l'origine. Nous ne savons donc pas si les chiffres s'appliquent aux Inuits, aux Premières nations, aux nouveaux immigrants ou aux immigrants en provenance de l'Inde, par exemple. Nous ne pouvons plus recueillir des données nationales sur des groupes spécifiques. Nous ne faisons donc plus de rapports là-dessus, et c'est dommage, car les professionnels de la santé publique ne peuvent pas se concentrer sur une communauté qui a un problème particulier.

Je vais vous donner un autre exemple. J'ai rencontré hier quelqu'un du Système canadien de surveillance périnatale, qui me disait qu'ils ne peuvent toujours pas utiliser les données de l'Ontario pour la mortalité maternelle. Hier, nous avons atterri sur Mars, mais nous n'avons pas le droit d'envoyer à Ottawa des statistiques de Toronto ou de Timmins. Il va falloir recommander avec fermeté que les données soient rendues disponibles. Les citoyens canadiens le réclament, n'en déplaise à certaines provinces. Si ça ne leur plaît pas, elles peuvent montrer elles-mêmes au monde entier leurs piètres résultats. C'est une honte que nous ne puissions pas avoir un rapport sur la mortalité maternelle au Canada simplement parce qu'une ou plusieurs provinces refusent de donner leurs statistiques.

Pour ce qui est de la mortalité périnatale, le Manitoba n'a pas fourni de statistiques pour le dernier rapport. Pourquoi? Nous n'avons que 230 hôpitaux au Canada, et ils sont tous informatisés. Le 1<sup>er</sup> février, nous devrions avoir toutes les statistiques là-dessus; il n'y a aucune raison pour que nous ne les ayons pas.

Deuxièmement, pour ce qui est du système national de garderies, mes paroles ont peut-être dépassé ma pensée. Je voulais dire qu'il doit y avoir des lignes directrices. Nous avons un bon système au Québec, où j'ai des enfants qui ont des enfants en garderie. Ils en ont les moyens. Ils songent à aller s'installer en

to Ontario, it will cost a fortune, probably using a single salary to put two children in daycare." I do not think that is good for a rich country like Canada.

Third, the standards we reported are exactly like Ms. Davis and the CMA mentioned. We have worked with midwives, nurses, GPs and rural physicians. They all agree we should have one curriculum for maternal health in Canada. Why do we need 15 curricula? We are only 38 million people. Countries of 80 or 100 million people have one curriculum. We can have one curriculum; one guideline. It is the same people working. If you are on a committee of the CMA or Canadian Paediatric Society, we are the same people. Our committees have people from Alberta, to Comox, to Quebec; everywhere. A gall-bladder in Comox and a gall-bladder in Atlantic Canada is still a gall-bladder.

Let us get some national standards, then the provinces and local hospitals can pick that up. These committees look at their situation. They may have to change the guidelines because they have a particular situation. However, at least you have given them a framework. When we are talking about federal-provincial and health, we are talking about national frameworks.

The news is not all that bad. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada succeeded in selling the idea of a national program on risk management for maternity care to the province of Quebec. Minister Couillard signed on, as did all of the hospitals who do obstetrics in Quebec. They are protective of their jurisdiction. However, when we explain to them that there is a program constructed with physicians from Quebec, B.C. and everywhere else in Canada, they see that that can be good for their citizens. If we make the point and show that it is cost-effective, I think we have a chance to get this adopted.

**Ms. Davis:** I would agree that a national vision around standards and expectations is needed. National immunization strategy is exactly the format we followed.

In terms of your work on early childhood education — and I will not take time to share that with you today — in November of this year, CPS will be releasing the third edition of a book called *Well Beings* which is a guide on how to run a healthy daycare. It used to only deal with infectious disease and injury prevention. In my remarks, I said that that is what we used to spend a lot of our time on. This edition will deal with mental health, social well-being and some of the challenges that children from different ethnic backgrounds might face. I would be happy to follow up with you and share the work we have done there.

Ontario pour leur travail, mais ils m'ont dit : « Si nous habitons en Ontario, ça va nous coûter une fortune, probablement un salaire, pour avoir les deux enfants en garderie ». C'est regrettable, pour un pays aussi riche que le Canada.

Troisièmement, les normes dont nous avons parlé sont exactement celles qu'ont mentionnées Mme Davis et l'AMC. Nous avons travaillé avec des sages-femmes, des infirmières, des médecins généralistes et des médecins ruraux. Ils disent tous que nous devrions avoir un seul programme de formation pour la santé maternelle au Canada. Pourquoi en avoir 15 différents? Nous ne sommes que 38 millions d'habitants. Les pays qui ont 80 ou 100 millions d'habitants n'ont qu'un seul programme de formation, qu'une seule ligne directrice. C'est d'ailleurs les mêmes gens qu'on y retrouve. Si vous siégez dans un comité de l'AMC ou de la Société canadienne de pédiatrie, on retrouve toujours les mêmes personnes. Nos comités sont composés de représentants de toutes les régions, de l'Alberta au Québec en passant par Comox; une vésicule biliaire à Comox ou une vésicule biliaire dans le Canada atlantique, c'est toujours une vésicule biliaire.

Établissons des normes nationales, et ensuite, les provinces et les hôpitaux locaux pourront les adopter. Les comités locaux décident en fonction de leur situation particulière, et il se peut qu'ils aient à modifier certaines lignes directrices pour en tenir compte. Mais au moins, vous leur avez donné un cadre général. En fait, lorsque nous parlons de compétence fédérale ou provinciale en matière de santé, nous parlons de politiques nationales cadres.

Mais tout n'est pas négatif. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a réussi à faire accepter par la province de Québec l'idée d'un programme national de gestion du risque pour les soins de maternité. Le ministre Couillard a signé, ainsi que tous les hôpitaux du Québec qui ont un département d'obstétrique. Ils protègent leurs prérogatives, mais quand on leur explique qu'un programme a été mis sur pied en collaboration avec des médecins du Québec, de Colombie-Britannique et de partout ailleurs au Canada, ils comprennent que ça peut être très bénéfique pour leurs compatriotes. Si nous leur expliquons notre approche et que nous leur démontrons que c'est rentable, nous avons une chance de la leur faire accepter.

**Mme Davis :** J'estime moi aussi qu'il faut une vision nationale pour ce qui est des normes et des attentes. La stratégie nationale en matière de vaccination est exactement le format que nous avons suivi.

Pour ce qui est de l'éducation de la petite enfance, et je n'entrerai pas dans les détails avec vous aujourd'hui, la SCP va publier en novembre prochain la troisième édition d'un livre intitulé *Well Beings*. Il s'agit d'un guide sur la façon de gérer une garderie saine. Jusqu'à présent, le guide se limitait à la prévention des blessures et des maladies infectieuses. Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, c'était jadis les priorités de notre Société. Cette nouvelle édition porte sur la santé mentale, le bien-être social et certains des défis que doivent relever des enfants issus de certains milieux ethniques. Je serais ravie d'en parler plus longtemps avec vous, si vous le désirez.



**Dr. Bigsby:** I will comment on that, as well. When I read about plans to try to move forward with a national daycare/child care program, what strikes me about what I see published is that I do not think people understand daycare in the same way. I have a brother who is a surgeon. To him, daycare means a place where people who do not care about their kids can dump them off. He will not subsidize that for the people down the road.

That is not what we are talking about. We are talking about broad determinants of health. There are people out there who would like to be working but cannot, because they cannot afford to put their children in daycare. Some of the children that I see in my practice who are neediest with respect to daycare have young single moms who are at home. I am desperate to get them into daycare because their moms need a break, the children need a richer environment and it is an opportunity for that parent to interact on a daily basis with someone who knows all about normal child development and can be a real support to that parent. This is about a child-centred, family-focused service, integrated with early childhood education. It is not just about babysitting.

**Ms. White:** I do not know about gall-bladders, so I will not comment on that. However, it seems to me we also have an obligation — and I know we take it seriously — to actually speak to the provinces and territories, as well as to the centres, when we have findings. I think that is a part of encouraging them to share norms; in other words, to see that a national system comes from their participation.

Senator Trenholme Counsell, I also wanted to mention to you that I agree wholeheartedly that we see the effects of the social determinants of health in newborns and pre-natal babies. What is new here is that children as young as 9 are self-reporting their awareness of the social determinants of health; the negative impacts of poverty, of their colour, and so on, and their own health.

**The Chair:** Dr. Bigsby, I want to tell your brother that surgeons should be careful, because they frequently do not express themselves properly. I made the mistake at one of our previous hearings in saying something similar to what your brother just said: That daycare should not be a place for dumping children so mothers can go to work, or something to that effect. It did not go over well.

[Translation]

**Senator Pépin:** Dr. Lalonde already answered the question I wanted to ask, about the fact that, between 1990 and 2005, Canada has gone from 6th to 25th place in the world concerning infant mortality rate.

We now know there is another problem. An article published this week says that women are going to the United States to deliver their babies, women from British Columbia and even Ontario. I knew that nurses and physicians were leaving Canada,

**Dre Bigsby :** J'aimerais ajouter quelque chose. Lorsque j'entends parler de plans visant à mettre en place un programme national de garderies, je suis surprise de voir que le contenu du programme proposé ne correspond pas à ce que veulent les gens. J'ai un frère qui est chirurgien, et pour lui, une garderie est un endroit où les gens se débarrassent de leurs enfants parce qu'ils ne veulent pas s'en occuper. C'est pour cela qu'il ne veut pas subventionner un tel système.

Mais ce n'est pas de cela que nous parlons. Nous parlons des principaux déterminants de la santé. Il y a des gens qui aimeraient bien travailler mais qui ne le peuvent pas parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer les frais de garderie. Parmi les enfants que je vois dans mon cabinet, ceux qui ont le plus besoin de garderies sont ceux dont la mère est célibataire et ne peut pas travailler. J'essaie par tous les moyens de leur trouver une place en garderie pour que leur mère ait le temps de souffler, que les enfants connaissent un environnement plus enrichissant, et que la mère puisse rencontrer quotidiennement des gens qui pourront l'aider à élever ses enfants. Il s'agit donc d'un service axé sur l'enfant et la famille, et intégré à l'éducation de la petite enfance. Ce n'est pas simplement du gardiennage.

**Mme White :** Comme je ne connais rien à la vésicule biliaire, je m'abstiendrai de faire un commentaire à ce sujet. Il me semble toutefois que nous avons aussi l'obligation — et je sais que nous la prenons au sérieux — d'informer les provinces et les territoires, ainsi que les établissements, des résultats de nos recherches. C'est une façon de les encourager à participer à l'élaboration des normes, car un système national a besoin de leur participation.

Sénateur Trenholme Counsell, j'aimerais aussi vous dire que je suis tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites qu'on peut déceler les effets des déterminants sociaux de la santé chez les nouveau-nés et même avant la naissance. Ce qui est nouveau, par contre, c'est que des enfants de 9 ans soient conscients des effets négatifs de ces déterminants, parce qu'ils vivent dans la pauvreté, qu'ils sont de race différente, et cetera.

**Le président :** Docteur Bigsby, je crois que votre frère, comme bien d'autres chirurgiens d'ailleurs, devrait être plus prudent dans le choix de ses termes. Je me souviens avoir fait le même genre d'erreur à l'une de nos audiences et d'avoir dit à peu près la même chose que votre frère, à savoir que les garderies ne devraient pas être un endroit où les mères peuvent se débarrasser de leurs enfants pour pouvoir aller travailler. C'est à peu près ce que j'avais dit, et croyez-moi, cela n'a pas été bien accueilli.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Le Dr Lalonde a répondu à la question que je voulais poser, qui portait sur le fait que de 1990 à 2005, le Canada est passé du sixième au 25<sup>e</sup> rang mondial en ce qui a trait au taux de mortalité infantile.

Et on sait maintenant qu'il y a un autre problème. Un article publié cette semaine nous apprend que des femmes vont accoucher aux États-Unis. L'article en question donnait le nombre de femmes de la Colombie-Britannique et même de



but now it seems that expectant mothers decide to go to the States to have their babies.

In your fourth recommendation, you say, and I quote in English:

[English]

Mothers receives prenatal care, labour, delivery support and post-natal care when they need it. You also say that infant care includes the care of the mother.

[Translation]

When you said earlier that Quebec was about to deliver obstetrical care to almost all regions in the province, were you alluding to this program? I know that the SOGC is trying to set up a whole-of-government initiative, but is it through this approach?

**Dr. Lalonde:** Not really. There are huge problems in big cities like Montreal and Toronto, and women are having difficulties finding a physician early in their pregnancy. We now know how important genetic screening can be, and they cannot have a genetic consultation beyond 20 weeks.

The Quebec program is based on risk management, which allows nurses, midwives and physicians to work as a team. They study all possible complications and rebuild the obstetric care unit in order to prevent complications.

The program is a real success right now. Quebec and Alberta have signed in. Other provinces have not followed suit yet, but we continue to engage them.

My recommendation here is that we have guarantees for surgeries but we need guarantees for prenatal care as well. Any woman should be guaranteed access to a physician, a midwife or a gynecologist within 2 to 4 weeks. Presently, it is not the case throughout Canada.

[English]

**Ms. Davis:** I will answer your question about the shortage of particular doctors. It is a multi-faceted issue; it is not as simple as saying that there are not as many people training. You need to look at the population health of women of child-bearing years. Dr. Lalonde can say more about this than I can. Many women are waiting to have their children later. That means that there is a higher risk of having a multiple birth or of having a premature birth. Therefore, they need the perinatologists on Dr. Lalonde's side and the neonatologists on our side. People are looking at various technologies to help them get pregnant. That increases the risk of twins, triplets or of the children being born early.

l'Ontario. Je comprends que le personnel infirmier et les médecins nous quittent et il semble que les futures mères aient décidé d'aller accoucher aux États-Unis.

Dans votre quatrième recommandation, vous dites — je cite en anglais :

[Traduction]

Les mères devraient recevoir les soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, pendant le travail, pendant l'accouchement, et après la naissance, et la santé du nouveau-né devrait inclure celle de la mère.

[Français]

Lorsque vous disiez tantôt que le Québec était sur le point de donner des soins d'obstétrique un peu partout, faites-vous référence à ce programme? Je sais que la SOGC essaie d'établir une initiative pancanadienne à ce sujet. Est-ce que cela se fait par le biais de cette approche?

**Dr Lalonde :** Non, pas particulièrement. Il y a de gros problèmes dans les principales villes comme Montréal et Toronto et les femmes ont de la difficulté à avoir un médecin tôt durant la grossesse. Aussi, on connaît maintenant l'importance du dépistage génétique, mais on sait qu'il n'est pas possible d'avoir une consultation en génétique après 20 semaines de grossesse.

Le programme du Québec est basé sur la gestion des risques, ce qui permet aux infirmières, aux sages-femmes et aux médecins de travailler en équipe. On analyse toutes les complications qui peuvent survenir et on rebâtit le programme du département d'obstétrique dans le but de réduire les complications.

Le programme connaît beaucoup de succès présentement. La province de Québec et la province de l'Alberta ont signé au complet. Les autres provinces tirent un peu de la patte, mais on continue notre engagement avec elles.

Ma recommandation ici, c'est qu'on a des garanties pour les chirurgies, mais il faut aussi des garanties pour les soins prénataux. Une femme devrait pouvoir recevoir la garantie qu'en dedans de deux à quatre semaines, elle pourra parler à un médecin de famille, une sage-femme ou à un gynécologue. Et présentement, ce n'est pas le cas à travers le Canada.

[Traduction]

**Mme Davis :** Permettez-moi de répondre à votre question sur la pénurie de certains médecins. Il y a plusieurs dimensions à ce problème; il ne suffit pas de dire qu'il y a moins d'étudiants dans les facultés. Il faut tenir compte de l'évolution des comportements chez les femmes en âge de féconder. Le Dr Lalonde pourrait sans doute vous en parler mieux que moi, mais beaucoup de femmes, aujourd'hui, décident d'avoir des enfants à un âge plus avancé, où elles risquent davantage de faire une grossesse multiple ou un accouchement prématuré. Dans ces cas-là, le Dr Lalonde a besoin de l'aide d'un périnatologue, et moi, de celle d'un néonatalogue. Les femmes ont aussi accès à toutes sortes de technologies pour réussir à être enceintes, mais cela les expose davantage aux risques d'avoir des jumeaux, des triplés ou des enfants prématurés.

Although the birth rate in Canada has been relatively stable over the last few years, if you look at the health of newborns, it has become much more complicated. Children survive today that even ten years ago, probably, the system would not even have tried to help. That is one of the major reasons why our neonatal units are so busy. Often, when you hear of women having to go to the United States or another town to have their children, it is not only because there is a shortage of obstetricians; it is because there is no space in the neonatal units.

**Dr. Bigsby:** This is an example of how we missed the boat in planning. We have all been very concerned, and rightly so, about the greying of our population. We did not see this coming.

In my own small province where I practiced neonatology, when we redeveloped our neonatal unit about 12 years ago, the government gave us estimates on the need. Our number of beds was cut back. In a brilliant move about 12 months ago, with a lot of pressure from us, the number of beds was increased. It took a lot of convincing to get people in the Department of Health to appreciate that this phenomenon was real, and that it was happening across the country. That occurred because we did not plan well. It goes back to the need for a pan-Canadian strategy.

**The Chair:** We are doing many things in the Senate currently that interface with each other. Senator Eggleton and I agreed to a strategy where he would head a subcommittee on cities and I would head a subcommittee on population health. We had tremendous crossover in the deliberations, but the two reports very much need each other to be successful.

**Senator Eggleton:** The cities study that is under way now deals with poverty, housing and homelessness, which is germane to this question as well. I appreciate your input. It will have a double effect.

I had a question, but Dr. Keon asked it. This will be more of a comment, but you are welcome to further expand upon the response you gave to him. Senator Keon raised the whole-of-government approach that is a great difficulty at the federal and provincial levels. We operate in silos. Population health and social determinants cross many boundaries in those silos. That is difficult to do in the system of government that we have. As Dr. Bigsby has said, you are not the politicians; we are, and we have to sort that out. However, we may need your help to assist us in that because it will take pressure to overcome those silos.

Même si le taux de natalité est resté relativement stable au Canada au cours des dernières années, il faut dire que la santé des nouveau-nés est devenue beaucoup plus complexe. Certains enfants survivent aujourd'hui alors qu'il y a à peine dix ans, les médecins n'auraient même pas pu essayer de leur venir en aide. C'est l'une des raisons pour lesquelles nos unités néonatales sont aussi remplies. Souvent, quand vous entendez dire que des femmes ont dû aller accoucher aux États-Unis ou dans une autre ville du Canada, ce n'est pas seulement parce que nous manquons d'obstétriciens, c'est aussi parce qu'il n'y a plus de place dans les unités néonatales.

**Dr. Bigsby :** Cela montre bien que nous n'avons pas su planifier. Nous nous sommes tous préoccupés, à juste titre d'ailleurs, du vieillissement de la population, mais nous n'avons pas prévu cela.

Dans ma petite province, où j'ai exercé la néonatalogie, le gouvernement nous a donné une estimation des besoins, il y a un peu plus de dix ans, lorsque nous avons restructuré notre unité néonatale. Il a ensuite réduit le nombre de lits de notre unité. Il y a un an environ, il a pris la brillante décision, suite à de nombreuses démarches de notre part, d'augmenter le nombre de lits. Cela n'a pas été facile de convaincre les fonctionnaires du ministère de la Santé de l'existence de ce phénomène, qui n'était pas limité à notre province, loin s'en faut. Le problème a donc été causé par notre manque de prévoyance. Cela nous ramène à la nécessité d'avoir une stratégie pancanadienne.

**Le président :** À l'heure actuelle, divers comités du Sénat ont entrepris des études qui se recoupent d'une certaine façon. Je me suis entendu avec le sénateur Eggleton pour avoir une stratégie commune, lui au Comité sur les villes, moi au Comité sur la santé des populations. Au cours de nos travaux, il y a eu énormément de recoupements, mais le succès de nos deux rapports dépend beaucoup de cette interdépendance.

**Le sénateur Eggleton :** Dans le cadre de son étude sur les villes, mon comité s'intéresse en ce moment à la pauvreté, au logement et aux sans-abri, qui sont des questions intimement liées à la santé des populations. Je vous remercie de vos commentaires. L'effet en sera multiplié par deux.

J'avais une question, mais le Dr Keon l'a posée. Je vais donc faire plutôt un commentaire, mais n'hésitez pas à compléter la réponse que vous lui avez donnée, si vous le jugez bon. Le sénateur Keon a parlé d'une approche pancanadienne, ce qui est difficile étant donné la répartition des compétences fédérales et provinciales. Nous travaillons dans un univers trop cloisonné. La santé des populations et les déterminants sociaux transcendent beaucoup de ces cloisons, et le système de gouvernement que nous avons ne nous rend pas la tâche facile. Comme l'a dit la Dre Bigsby, les politiciens, ce n'est pas vous mais nous, et c'est donc à nous de régler ce problème. Il n'en reste pas moins que nous aurons sans doute besoin de votre aide, car il va falloir exercer beaucoup de pressions pour faire tomber ces cloisons.



There have been ways of doing it. Tony Blair did it on issues of poverty and, I think, child care came into it as well in the U.K. The Chancellor of the Exchequer at the time, who is now the Prime Minister, had the overall responsibility, which was good because he was the person with the money.

The other challenge is provincial versus federal responsibilities. Your recommendations today are excellent. I like them all, but they are heavy on federal responsibility. I do not personally object to that, but some people do. There are different views around this issue and some want us to stick closer to the constitutional division of authority. Indeed, we have some agreements with the provinces and we need to be careful when we start moving into their territory.

I like the idea of national strategies. That is quite possible, but national systems may not go over well with everyone. Part and parcel of whatever we do here lets us take federal leadership and develop strategies, but there will need to be collaboration with the provinces and territories to produce a result. Again, your support and help in that regard could be very important, particularly if we are to create national standards. National standards will not be achieved by the federal government alone. It will have to collaborate with the provincial and territorial governments.\*\*\*

The other comment I would make is that child care is a very important part of this, but I prefer to call it early learning, or early childhood development. For many people, child care or daycare is a parental responsibility. However, most people understand that education is part of societal responsibility. I think that is a good emphasis to take with respect to early learning.

Have you any more thoughts about how we overcome these great divides, both within government and between governments? That will become a key part of what we have to sort out.

**Dr. Lalonde:** The example that I used for the National Birthing Initiative and the Strategy for Risk Management was accepted because it came from physicians from all provinces. I do not think it would have succeeded if we had sent someone from Health Canada to the Quebec government and told them to implement this new initiative on risk management. They clearly saw from the beginning that we were representing physicians, nurses and midwives from across Canada, and if it worked in other provinces, why could it not work there?

We are looking at how to distribute human resources in the field of health. Guelph, Ontario now has a great need. Obstetric services will fall through the cracks. They need to determine what combination of midwives, family physicians, gynecologists, neonatologists and pediatricians are needed to keep that facility running.

Mais il y a des moyens d'y arriver. Tony Blair a réussi à le faire pour la pauvreté, et il a aussi implanté un système de garderies en Grande-Bretagne. Le chancelier de l'Échiquier de l'époque, qui est aujourd'hui premier ministre, en était le responsable général, ce qui était une bonne chose puisque c'est lui qui avait les fonds.

L'autre question à régler est celle des responsabilités provinciales et des responsabilités fédérales. Les recommandations que vous nous avez faites aujourd'hui sont excellentes. Elles me plaisent toutes, mais je constate qu'elles mettent l'accent sur les responsabilités fédérales. Personnellement, je n'ai rien contre, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Sur cette question, les avis sont partagés, et d'aucuns estiment que nous devrions respecter à la lettre la répartition des pouvoirs telle qu'elle est définie dans la Constitution. Il est vrai que nous avons passé des accords avec les provinces, mais nous devons être très prudents lorsque nous empiétons sur leurs plates-bandes.

Le concept de stratégie nationale me plaît, et je crois que c'est réalisable. Par contre, un système national, c'est différent, et tout le monde n'en accepte pas le principe. Quoi que nous fassions, le fédéral va devoir jouer le rôle de chef de file pour l'élaboration de la stratégie, mais il aura besoin de la collaboration des provinces et des territoires s'il veut qu'elle donne des résultats. Votre aide, là aussi, nous sera très précieuse, surtout si nous voulons établir des normes nationales, car le gouvernement fédéral ne pourra pas les établir tout seul. Il aura besoin de la collaboration des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Je voudrais dire aussi que la garde d'enfants est un élément important de toute cette question. En fait, je préfère parler d'apprentissage ou de développement de la petite enfance. Pour beaucoup de gens, la garde d'enfants ou les garderies, c'est une responsabilité des parents. Mais la majorité des Canadiens comprennent que l'éducation est une responsabilité de la société. Je pense qu'il faut insister là-dessus.

Avez-vous quelque chose à ajouter au sujet de ces grandes fractures qui existent entre les gouvernements et à l'intérieur même des gouvernements? Il va falloir que nous trouvions une solution.

**Dr Lalonde :** Dans l'exemple que j'ai donné, celui de l'Initiative pancanadienne reliée à la naissance et de la Stratégie de gestion du risque, l'initiative a été acceptée parce qu'elle venait de médecins de toutes les provinces. Je ne pense pas que cela aurait marché si nous avions dépêché un fonctionnaire de Santé Canada auprès du gouvernement du Québec pour lui dire comment implanter cette nouvelle initiative sur la gestion du risque. Ils ont bien vu, dès le départ, que nous représentions les médecins, les infirmières et les sages-femmes de tout le Canada, et que, si cela marchait dans les autres provinces, cela devrait marcher aussi chez eux.

Nous essayons de voir comment nous pouvons répartir les ressources humaines dont nous disposons. Guelph, en Ontario, a un besoin criant d'obstétriciens; les services d'obstétrique y sont saturés. Ils sont en train de calculer combien de sages-femmes, de médecins de famille, de gynécologues, de néonatalogues et de pédiatres il leur faut pour faire fonctionner l'établissement.



We need to look at new ways of delivering this message. The provinces do not seem to have it on their radar screen. If we come in with a multidisciplinary team and we have a few of these examples, such as those from Saskatchewan, Guelph or Trois Rivières, the provincial governments will eventually fund these initiatives.

We are not looking for \$300 million to do this. This is to deliver care. Not one cent of our project on the birthing strategy is to deliver care. It has to do with the strategy, the models and the implementation in a few communities. Then we need to get the provincial governments on board.

I was told by the deputy ministers in Ontario and Manitoba that they are interested. They have so much pressure on the delivery of care in their provinces that looking at other strategies may not be on their radar. We have the chance to do that. It is important for the Senate to take leadership here. I think people will listen to you.

**Ms. Davis:** I think it is important, when you speak about the federal-provincial-territorial equation, to not forget the intergovernmental organizations. As Dr. Lalonde has said, we can play that in-between role. Much of what both our organizations do is to create standards. In our case, it is for the care of children and youth. When the provinces get those standards from the Canadian Paediatric Society, they are likely to implement them because they know we are a group of honest pediatricians. If they came from the federal government, there may be more resistance.

The Public Health Agency of Canada is starting to incorporate us, but the more that groups like those of us represented here today can be incorporated, the easier the conversations will be.

**Ms. White:** I would like to speak to both Senator Keon's and Senator Eggleton's comments and applaud you for working together, including on the built environment.

We worked on a pan-Canadian project called Youth of Today, City of Tomorrow that fed into the World Urban Forum in Vancouver. Increasingly, we are working with provinces and territories and have sometimes been perplexed at how enthusiastic our federal partners have been with this support — and of course I am seeing more of that here in your presentation.

I have had concerns about this situation in terms of social cohesion. Of course, when we are taking made-in-Canada solutions to the global commons, sometimes I wonder if one Canadian voice is heard, never mind getting 13 or 14 Canadian voices heard.

Having said that, there is great enthusiasm, and I know we are working closely. I am about to meet with both the Western and Eastern provinces. There is great support and partnership, including funding support. The concern is integrating all of this; in other words, how to identify leadership. That is one of the issues we see across the country. You mentioned Tony Blair. I know the Ontario government is currently looking at an

Nous allons devoir trouver de nouvelles façons de communiquer notre message. Les provinces ne semblent pas avoir compris qu'il y avait un problème. Si nous allons les rencontrer avec une équipe multidisciplinaire, avec quelques exemples à l'appui, comme celui de la Saskatchewan, de Guelph ou de Trois-Rivières, je pense que les gouvernements provinciaux finiront par accepter de financer ces initiatives.

Nous ne réclamons 300 millions de dollars; ce budget, c'est pour la prestation des soins. Dans notre initiative reliée à la naissance, il n'y a pas un sou qui va à la prestation de soins. Il s'agit uniquement de la stratégie, des modèles et de leur implantation dans quelques communautés. Ensuite, il nous faudra convaincre les gouvernements provinciaux.

Les sous-ministres de l'Ontario et du Manitoba m'ont déjà dit qu'ils étaient intéressés. Ils ont tellement de soucis avec la prestation des soins qu'ils n'ont pas le temps de réfléchir à d'autres stratégies. Nous sommes là pour le faire. Il est important que le Sénat joue un rôle de chef de file, car je crois que les gens vous écouteront.

**Mme Davis :** Quand on parle des rapports fédéraux-provinciaux-territoriaux, il ne faut pas oublier les organisations intergouvernementales. Comme l'a dit le Dr Lalonde, nous pouvons jouer ce rôle d'intermédiaires. L'activité principale de nos deux organisations est d'établir des normes. Dans le cas de notre société, il s'agit de normes relatives au soin des enfants et des jeunes. Lorsque les provinces reçoivent les normes de la Société canadienne de pédiatrie, elles les mettent généralement en œuvre car elles savent qu'elles ont été établies par un groupe d'honnêtes pédiatres. Si elles provenaient du gouvernement fédéral, elles seraient peut-être plus réticentes.

L'Agence de la santé publique du Canada commence à nous intégrer à ses activités, et plus des groupes comme nous seront intégrés, plus cela enrichira le dialogue.

**Mme White :** J'aimerais féliciter vivement le sénateur Keon et le sénateur Eggleton de travailler ensemble sur tout ce dossier, y compris sur l'environnement bâti.

Nous avons collaboré à un projet pancanadien, Jeunes d'aujourd'hui, Ville de demain, qui s'est rattaché au Forum urbain mondial de Vancouver. De plus en plus, nous travaillons avec les provinces et les territoires, et nous sommes souvent surpris de la réaction enthousiaste de nos partenaires fédéraux. Je le vois encore davantage aujourd'hui, par vos commentaires.

Mais ce qui me préoccupe un peu, c'est la cohésion de notre approche. Quand nous proposons des solutions typiquement canadiennes à des tribunes internationales, je ne suis pas sûre que la voix du Canada réussisse à se faire entendre... alors si vous avez 13 ou 14 voix pour le Canada...

Cela dit, il y a beaucoup d'enthousiasme, et je sais que nous travaillons en étroite collaboration. Je vais rencontrer prochainement des représentants des provinces de l'Ouest et de l'Est. Nous disposons des appuis nécessaires, y compris les partenariats et les budgets. Le problème, par contre, c'est d'intégrer tout cela; autrement dit, il nous faut un chef de file. C'est l'un des problèmes qui se posent à l'échelle du pays. Vous

integrated strategy to attack poverty. They have asked us to present a series of projects that we have done on different age groups, et cetera. As exhausting as it is for civil society organizations like the United Nations Association in Canada, it is important, as I have heard from you, to have those bilaterals with the provinces and territories as well as here, with you.

**Senator Brown:** I wish to thank the witnesses. You are all obviously very professional people. One of our problems with the collection of statistics is the protection of privacy. Perhaps statistics could be collected with a double or triple coding system, using codes for ethnicity or place of residence. Only the health care system would have the key so that it could know to whom, exactly, the statistics relate.

Canada is the second largest country in the world and about 80 per cent of our people live within 200 miles of our southern border. I have learned from witnesses before this committee that much of our poverty and many of our problem areas are in our smaller communities.

That leads me to ask three simple questions. How many more doctors and health care workers do we need? How do we get them to practise in areas outside our major cities and to stay there? How does government either encourage these changes or move to try to enforce them?

**Dr. Bigsby:** That sounds like a question for me. We struggle with this problem a lot. We have a health human resource problem in our country and, as you say, it is not just in absolute numbers. There is a huge distribution issue. In some parts of the country, there is not much of a problem at all.

Not long ago there was a concerted cutback in the production of health care workers, and I can speak to doctors in particular. We are feeling it now, and we will not be able to solve this problem soon.

We also realize that there have been planning mistakes made in our medical schools. Medical schools were not thinking about why our country was training doctors, and what kind of work they would need to do. They did not design curricula that were conducive to having doctors choose family medicine and rural family medicine. That is in the process of changing now, but there is a time lag between the changes being conceptualized and implemented, and then seeing the effect at the other end.

You were talking not only about doctors but about all kinds of health care professionals, and I am glad you did because sometimes when we are looking at solutions, we will say that

avez parlé de Tony Blair. Je sais que le gouvernement de l'Ontario étudie actuellement une stratégie intégrée de lutte contre la pauvreté. Il nous a demandé de présenter une série de projets que nous avons réalisés avec différents groupes d'âge, notamment. Même si cela représente beaucoup de travail pour les organisations de la société civile comme l'Association des Nations Unies pour le Canada, il est important, et vous l'avez dit, que nous ayons ces bilatérales avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec vous, ici à Ottawa.

**Le sénateur Brown :** J'aimerais remercier les témoins. Manifestement, vous êtes tous très professionnels. En ce qui concerne la collecte de statistiques, l'un de nos problèmes est la protection de la vie privée. La solution consisterait peut-être à collecter les données avec un système de codage double ou triple, qui utiliserait un code pour l'origine ethnique, un code pour le lieu de résidence, et cetera. Seuls les services de santé en connaîtraient la clé, de sorte qu'ils pourraient savoir exactement à quels groupes se rapportent les statistiques.

Le Canada est le deuxième pays au monde par sa superficie, et environ 80 p. 100 de ses habitants habitent à moins de 200 miles de sa frontière avec les États-Unis. Certains des témoins qui ont comparu devant notre comité nous ont dit que c'est surtout dans les petites communautés qu'il y a le plus de pauvreté et qu'il y a le plus de problèmes.

Cela m'amène à vous poser trois questions bien simples : de combien de nouveaux médecins et professionnels de la santé avons-nous besoin? Comment peut-on les encourager à aller travailler en dehors des grandes villes et à s'y installer vraiment? Comment le gouvernement peut-il encourager ce genre de choses? Doit-il l'imposer?

**Dre Bigsby :** Je crois que cette question s'adresse à moi. Nous y avons beaucoup réfléchi. Nous avons au Canada une pénurie de professionnels de la santé, et, comme vous l'avez dit, ce n'est pas seulement une question de nombre. En effet, il y a le problème de la répartition des ressources dont nous disposons. Dans certaines régions du pays, il n'y a pas de pénurie.

Il n'y a si longtemps, on a réduit délibérément le nombre d'étudiants dans le domaine de la santé, et je parle notamment des médecins. On en ressent aujourd'hui les conséquences, qui ne se dissiperont pas de sitôt.

Nous nous rendons compte également que nous avons fait des erreurs de planification dans nos écoles de médecine. Celles-ci ne se sont pas demandé à quelles fins notre pays formait des médecins et vers quelles spécialités il fallait les orienter. Elles n'ont pas conçu leurs programmes d'études de façon à encourager les étudiants à s'orienter vers la médecine familiale ou la médecine familiale en milieu rural. C'est en train de changer, mais il y a toujours un certain décalage entre le moment où vous décidez d'adopter de nouveaux programmes et le moment où ces programmes commencent à avoir des effets.

Vous parliez non seulement des médecins mais de l'ensemble des professionnels de la santé, et je m'en réjouis car, parfois, lorsqu'on envisage des solutions, on se rend compte que les soins



maybe there is an alternate care provider who will do that work. The information tells us that they are just as likely to want to practise in an urban centre as is a doctor.

There are things we can do to make practice in rural and remote settings quite exciting. I am speaking as someone who did two years of rural family practice. That was one of the best times in my professional life. I really enjoyed it.

Some provinces have entertained return-of-service contracts, such as the military does. We thought that that was probably not the best way to go about it, because you want people practising in places where they are happy to practise, and I think there are other ways we can go about doing that.

I appreciate that I am not providing concrete answers, but the problem exists on many levels. Again, we are in deep difficulty now because of bad decisions made a generation ago, in doctor terms, and things are slowly turning around.

I live in a relatively rural area. The whole of Prince Edward Island can be considered rural. The medical students who come to our province love it. We are hoping to be able to encourage more of that.

Access to medical care is just one small piece of this puzzle. We want to see a healthy population that does not need quite so much medical care. We really believe that it is worth investing in the little ones.

**Ms. Davis:** I cannot tell you the number of pediatricians that we need. We made a proposal to the federal government three or four years ago to try to figure that out and, unfortunately, it was not funded. You cannot look at the number of pediatricians needed in a vacuum, because it takes a team of health care professionals to care for children and youth.

My members are spending the majority of their time on mental health. What we call community general pediatricians are spending 30 to 50 per cent of their time on kids with some kind of mental health issue. As an example, perhaps they are not going to school because of anxiety. Pediatricians can provide that care, but if there were more school-based psychologists or social workers, they could share the work in a team environment.

It is very important to the future of child and youth health care that we look at the team environment. Governments can facilitate different types of health professionals working together for children and youth.

We also look at different remuneration models. Especially in those jurisdictions where it is still fee-for-service, it is very difficult to look at innovative ways of providing child and youth health care. In Manitoba, for example, where it is salaried or some other remuneration model, pediatricians from Winnipeg go on a regular basis to the small- to mid-sized communities that serve Aboriginal

peuvent être dispensés par quelqu'un d'autre qu'un médecin. Malheureusement, d'après les informations que nous avons, ces substitués aux médecins ont eux aussi tendance à préférer les centres urbains.

Il y a des façons de rendre l'exercice de la médecine dans les zones rurales et éloignées beaucoup plus attrayant. Je parle en connaissance de cause puisque j'ai été médecin de famille en milieu rural pendant deux ans. C'était l'une des meilleures expériences de ma vie professionnelle. J'ai beaucoup aimé.

Certaines provinces ont envisagé des contrats de service, comme cela existe dans l'armée. Nous avons pensé que ce n'était pas une bonne solution, car l'objectif est d'avoir des médecins qui sont heureux d'exercer là où ils sont établis, et je crois qu'il y a d'autres façons de les encourager à aller s'installer dans ces régions.

Je sais que je ne vous donne pas de réponse concrète, mais le problème se situe à bien des niveaux. Au risque de me répéter, je dirais que nous avons de graves difficultés aujourd'hui parce que de mauvaises décisions ont été prises il y a une vingtaine d'années, et je veux parler de la formation des médecins. Mais la situation commence à changer.

J'habite dans une région relativement rurale, car on peut dire que toute l'île du Prince-Édouard est rurale. Les étudiants en médecine qui viennent s'installer dans notre province sont ravis. Nous espérons pouvoir en faire venir davantage.

L'accès aux soins médicaux n'est qu'une partie du problème. Ce que nous voulons, c'est faire en sorte que la population n'ait plus autant besoin de soins médicaux. C'est vraiment un objectif que nous devons poursuivre.

**Mme Davis :** Je ne peux pas vous dire de combien de nouveaux pédiatres nous avons besoin. Il y a trois ou quatre ans, nous avons proposé au gouvernement fédéral de calculer ce chiffre, mais notre proposition n'a pas reçu de financement. On ne peut pas calculer isolément le nombre de pédiatres nécessaires, car c'est toute une équipe de professionnels de la santé qu'il vous faut pour soigner les enfants et les jeunes.

Nos membres consacrent la majeure partie de leur temps à des problèmes de santé mentale. Ceux que l'on appelle les pédiatres communautaires passent 30 à 50 p. 100 de leur temps avec des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Dans certains cas, ils ne vont pas à l'école parce qu'ils souffrent d'anxiété. Les pédiatres peuvent s'en occuper, mais s'il y avait davantage de psychologues ou de travailleurs sociaux dans les écoles, ils pourraient se répartir la tâche et travailler en équipe.

Ce concept de travail en équipe est très important pour l'avenir des soins de santé destinés aux enfants et aux jeunes. Les gouvernements devraient encourager les professionnels de la santé à travailler ensemble lorsqu'ils s'occupent d'enfants et de jeunes.

Nous examinons aussi différents modèles de rémunération. Dans les provinces où les soins sont payants, il est très difficile de trouver des façons novatrices de dispenser des soins de santé aux enfants et aux jeunes. Au Manitoba, par exemple, où les pédiatres touchent un salaire ou une autre forme de rémunération, ceux qui exercent à Winnipeg se rendent régulièrement dans les petites



children and youth, and they provide ongoing care via telemedicine. It may not be possible to justify having a pediatrician in Thompson, Manitoba, but by using different methods of remuneration they get pediatricians there regularly. In that way, the physician knows the child, and can provide better health care remotely.

We must go for teams, and we must look at models of compensating different types of health professionals that encourage them, even if only temporarily, to get out of the large academic centres and into schools, the communities or more distant remote areas.

**Dr. Lalonde:** I have a comment on poverty. I think it occurs not only in small cities, such as in Ottawa, for example. I hear in Ottawa, the Aboriginal or First Nations make up less than 10 per cent of the population but make up over 70 per cent of the homeless. We know about poverty in Toronto, Montreal and Vancouver. It is everywhere. It is not limited to particular regions.

How many more doctors do we need? My colleague stated that, years ago, nobody ever dared asked specialty societies in Canada to try to answer that question. We had famous economists from Vancouver who told us in the late 1980s — I was there, and I was fighting mad — that we had too many doctors in Canada. I knew that that was not true.

I will give you an example why these people have it wrong. First, they do not talk to the people in the field. There are over 1,650 gynecologists/obstetricians in Canada. If you divide the population by 1,600, we know who is doing obstetrics. There are only 1,000 doing obstetrics because some are in administration, some are in research, infertility, cancer, et cetera. If the bean counters do not have the right statistics, they do not come up with the right answers.

We are doing surveys now. I cannot give you the exact number but I can tell you that we need to use different models, such as paediatrics is looking at. We need to make better use of midwives and nurses. We must get out of these silos.

We need to have teams. We need to say that in specific areas there are, perhaps, 2,000 deliveries. Therefore, we have so many kids to take care of; what is the team? Perhaps it is four nurse practitioners, two doctors, one paediatrician, et cetera. We need to look at that kind of thing.

Our provincial systems are extremely rigid. It is fee for service, and if you try to go outside that model, it can take five or 10 years to get funding for a good idea in connection with trying to care for Canadians.

Second is rural practice. B.C. and Ontario with their rural medical school is the answer. I was born in a farming area of Ontario. When I was in medical school, if they had said I would

communautés pour soigner les enfants et les jeunes Autochtones; ils dispensent également des soins grâce à la télémédecine. S'il n'est pas justifié d'avoir un pédiatre à Thompson, au Manitoba, on peut utiliser différentes méthodes de rémunération pour y envoyer des pédiatres, à intervalles réguliers. De cette façon, le médecin connaît l'enfant et peut lui donner de meilleurs soins, même à distance.

Il faut donc encourager le travail en équipe, et il faut examiner d'autres modèles de rémunération de nos professionnels de la santé afin de les encourager, ne serait-ce que temporairement, à quitter les grands centres universitaires et à aller dans les écoles, les communautés et les régions plus éloignées.

**Dr Lalonde :** J'aimerais faire un commentaire sur la pauvreté. À mon avis, elle n'est pas circonscrite aux petites villes, comme à Ottawa, par exemple. J'ai entendu dire qu'à Ottawa, les Autochtones et les membres des Premières nations représentent moins de 10 p. 100 de la population, mais plus de 70 p. 100 des sans-abri. Nous savons tous qu'il y a de la pauvreté à Toronto, à Montréal et à Vancouver. Il y en a partout, et pas seulement dans certaines régions.

De combien de nouveaux médecins avons-nous besoin? Ma collègue a dit que, il y a quelques années, le gouvernement n'a pas osé demander aux sociétés spécialisées au Canada d'essayer de répondre à cette question. À la fin des années 1980, d'éminents économistes de Vancouver nous ont dit, et j'étais vraiment furieux de l'entendre car j'étais présent, que nous avions trop de médecins au Canada. Je savais bien que ce n'était pas vrai.

Je vais vous expliquer pourquoi ces gens-là en arrivent à de mauvaises conclusions. D'abord, ils ne parlent pas à ceux qui travaillent sur le terrain. Il y a plus de 1 650 gynécologues / obstétriciens au Canada. Si vous divisez la population par 1 600, cela vous donne une idée. Il n'y en a que 1 000 qui exercent vraiment l'obstétrique car il y en a qui font de l'administration, d'autres de la recherche sur la stérilité, le cancer, et cetera. Si nos comptables n'utilisent pas les bonnes statistiques, ils ne peuvent pas parvenir aux bonnes conclusions.

Nous sommes en train de faire des sondages. Je ne peux pas vous donner un chiffre exact, mais je peux vous dire que nous avons besoin d'utiliser différents modèles, comme le fait la Société de pédiatrie. Nous devons trouver le moyen de mieux utiliser les sages-femmes et les infirmières. Il faut supprimer les cloisons.

Il faut constituer des équipes. Nous devons être en mesure de dire que, s'il y a 2 000 naissances dans une région donnée, cela fait autant d'enfants dont il faudra s'occuper, et par conséquent il nous faut tant d'équipes. Peut-être qu'il faudra quatre infirmières, deux médecins, un pédiatre, et cetera. C'est ça qu'il faut faire.

Nos systèmes provinciaux sont extrêmement rigides. C'est tant de l'acte, et si vous essayez de sortir de ce modèle, ça peut vous prendre 5 ou 10 ans pour réussir à faire financer une façon novatrice de soigner les Canadiens.

Deuxièmement, il y a la médecine rurale. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont trouvé la solution avec leurs écoles de médecine rurale. Je suis né dans une région rurale de l'Ontario,

get \$10,000 a year for each year spent in a rural area, I would have been the first one to sign up. We were in debt over our heads and nobody cared. We had to borrow.

There are systems to encourage young people. We are hearing more and more students are coming out of medical school with large debts. In Toronto, it is \$30,000 or \$35,000 a year. It is a scandal to go to medical school. I would not have been able to afford medical school at the University of Toronto, coming from a farm.

Third, enforcing is not the idea; the idea is finding incentives. When I was practicing in Montreal, I was surprised when talking to a friend of mine. He said, "We are working in James Bay. We have this big project." This was back in the 1970s. I said, "You must have a hard time finding engineers." No, they did not have a hard time. They had the people to work there. They had incentives and, therefore, electricians, doctors, surgeons — whatever they needed — went because there were incentives.

Working on incentives and encouraging people from communities is critical. We have a big program — and I think the CMA has been promoting this — for Aboriginal medical students. These are some of the positive things we can do to change that human resourcing. I would put forward a plea by us that, when they discuss human resources, we be at the table.

**The Chair:** Thank you. Senator Fairbairn is next. Everyone around this table is interested in something. Senator Fairbairn, I have to tell you, has been interested in literacy for a very long time. She is interested in literacy through the life cycle.

One of the most interesting hearings I ever sat through was a hearing about adult literacy and how some of them were able to become literate. I am not sure if that is relevant, but I wanted to tell you where she is coming from.

**Senator Fairbairn:** It has been truly wonderful listening to you. As the good doctor noted, for many years I was very much involved with the National Literacy Secretariat and the work it did across the country.

So much has been said today about the importance, first, of working together, getting in on the ground, getting into the areas where people live and where all these very difficult and, in some cases, very uplifting things are made a reality if you are working together. If you are working together, not just here and there, but everywhere across the country, it can make a huge difference. The kind of work that you are doing, the way you are doing it and the notion of having a pan-Canadian procedure across the nation is absolutely terrific. I am sure it will work for you.

I think warmly — and sadly — about how the National Literacy Secretariat — a very small group of about 22 people — hung like an umbrella across the entire country, in every province

et si on m'avait dit, quand j'étais à l'école de médecine, que je pourrais toucher 10 000 dollars par an pour chaque année passée dans une zone rurale, j'aurais été le premier à m'engager. Nous étions endettés jusqu'au cou, et personne ne s'en souciait. Nous avons dû emprunter.

Il y a des moyens d'encourager les jeunes. On sait que, de plus en plus, les étudiants qui sortent de l'école de médecine sont très endettés. À Toronto, ils s'endettent de 30 000 à 35 000 dollars par an. C'est un véritable scandale. Venant d'une région rurale, je n'aurais jamais eu les moyens d'aller à l'école de médecine de l'Université de Toronto.

Troisièmement, il ne faut rien imposer, il faut plutôt offrir des incitatifs. Lorsque j'exerçais à Montréal, je me souviens d'avoir rencontré un ami qui travaillait dans un grand projet à la Baie James. C'était dans les années 1970. Je lui avais alors demandé s'il avait du mal à recruter des ingénieurs. Il m'avait répondu que non, pas du tout, ils avaient tous les travailleurs dont ils avaient besoin — électriciens, médecins, chirurgiens et autres — parce qu'ils leur offraient des incitatifs.

Il faut donc trouver quels incitatifs on pourrait offrir, et aussi encourager les gens des régions éloignées. Nous avons un programme spécial, dont l'AMC fait la promotion, je crois, à l'intention des étudiants en médecine d'origine autochtone. Voilà le genre de solution qu'on peut mettre en place pour pallier notre pénurie d'effectifs. J'aimerais profiter de l'occasion pour suggérer à l'AMC de nous inviter la prochaine fois qu'ils discutent de ressources humaines.

**Le président :** Merci. Je vais maintenant donner la parole au sénateur Fairbairn. Chacun d'entre nous s'intéresse à une question en particulier, et en ce qui concerne le sénateur Fairbairn, je vous préviens, c'est la littéracie, à toutes les étapes de la vie. Elle s'y intéresse depuis très longtemps.

L'une des audiences les plus intéressantes auxquelles j'ai assisté portait sur la littéracie chez les adultes et comment certains adultes parvenaient à apprendre à lire et à écrire. Je ne sais pas si c'est pertinent, mais je voulais vous dire ce qui intéresse le sénateur Fairbairn.

**Le sénateur Fairbairn :** Je suis très heureuse d'avoir entendu vos témoignages. Comme l'a dit le bon docteur, j'ai travaillé pendant longtemps auprès du Secrétariat national à l'alphabétisation.

On a beaucoup parlé aujourd'hui de la nécessité, premièrement, de collaborer avec les partenaires, et d'aller sur place, dans ces régions où l'on réussit à mettre en place des solutions très encourageantes, grâce à la collaboration. Cette collaboration ne doit pas être ponctuelle, elle doit se faire à l'échelle du pays, car ce n'est que de cette façon qu'on obtiendra vraiment des résultats visibles. Le travail que vous faites, la façon dont vous le faites, et cette initiative pancanadienne dont vous avez parlé, je trouve tout cela extraordinaire. Je suis sûre que vos efforts vont aboutir.

C'est avec affection, et en même temps une certaine tristesse, que je pense au Secrétariat national à l'alphabétisation. C'était un groupe d'environ 22 personnes, qui chapeautait en quelque sorte



and territory. It was not just in the upper levels of education but right smack down where the babies were born, and on and on. You will find colleagues in this room from Newfoundland and from Prince Edward Island who were involved in all of this, as well.

The things that you are doing are being done in the manner that you know what it is you are doing and you know where you are going. The question is around the tools needed to get there. I think you are doing a great job. Your enthusiasm is absolutely wonderful. It can be felt in the room.

I noticed recently that, although we do not have the same effort nationally that existed previously, all of the provinces and territories have banded together again. They are working on a pan-Canadian learning program together. It is those kinds of connecting links that make it possible for you, with the skills that you have, to get them on the run for the people who need them the most.

I cannot tell you how much I have enjoyed your presentations. I almost gave a round of applause on many occasions as you spoke, because you will be doing something very special for our country. I thank you for that.

**The Chair:** Thank you, Senator Fairbairn. Senator Cochrane is from Newfoundland.

There are two areas where I have seen population health models that really work. One is Cuba, and it works because of the polyclinics that deal with every human citizen, including prenatal counselling to grandparent counselling, to help raise grandchildren, et cetera. It is because of the network of these clinics that every Cuban citizen has a doctor and a member of the health care team. Their numbers are phenomenon for a poor country. Their maternal health is the same as ours, as is their infant mortality. Their health outcomes are fantastic. They have the polyclinics and they deal with the life cycle. You know the old saying "It takes a village to raise a child." They believe it takes a community to do so and to move that child through life in a healthy fashion.

The closest thing to that in Canada is found in Newfoundland. Senator Cochrane is from Newfoundland. They have the best information system in the country for population health. They can show you a map of Newfoundland that is a series of dots from yellow to red that indicate the health status of Newfoundland in each area, whether by postal code, community, town, et cetera.

I have no idea what Senator Cochrane is intending to ask you, but I can tell you she is an authority.

**Senator Cochrane:** We have made quite a few advances, mainly due to some of our dedicated public servants. They have been phenomenal. We have a strategy under way whereby we can designate, even in a small region, a particular item to that community.

l'ensemble du pays, les provinces et les territoires. Il s'intéressait non seulement aux échelons supérieurs de l'éducation, mais aussi à l'apprentissage des nouveau-nés. Il y a d'autres sénateurs ici présents, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard, qui s'y sont intéressés.

Ce que vous faites, vous savez comment le faire et vous savez où vous voulez aller. Le problème, ce sont les outils dont vous avez besoin. Vous faites un travail fantastique. Votre enthousiasme est extraordinaire. Il est même palpable.

Je constate que, même si nous n'avons pas le même niveau de collaboration au niveau national qu'il y a quelques années, récemment, les provinces et les territoires ont décidé de conjuguer leurs efforts pour mettre en place, tous ensemble, un programme pancanadien d'apprentissage. C'est grâce à ces réseaux de collaboration que vous pouvez ensuite, dans vos domaines de spécialités, venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin.

Je ne saurais vous dire à quel point j'ai apprécié vos exposés. J'étais prête à applaudir à bien des moments, car vous êtes en train de faire quelque chose d'extraordinaire pour notre pays, et je vous en remercie.

**Le président :** Merci, sénateur Fairbairn. Le sénateur Cochrane vient de Terre-Neuve.

Il y a deux endroits où nous avons vu des modèles de santé des populations qui fonctionnaient vraiment. Le premier est Cuba, où les polycliniques s'occupent de tous les citoyens et leur offrent même des services de conseils prénatals, des services de conseils aux grands-parents, et cetera. Grâce à ces cliniques, chaque citoyen cubain a accès à un médecin et à un professionnel d'une équipe soignante. Ce sont des résultats phénoménaux pour un pays aussi pauvre que Cuba. Leurs statistiques sur la santé maternelle et sur la mortalité infantile sont les mêmes que les nôtres. Leurs résultats sont vraiment fantastiques. Leurs polycliniques s'occupent de tous les citoyens à toutes les étapes de leur vie. Vous connaissez le vieil adage : « L'enfant a besoin du village pour grandir ». Pour les Cubains, c'est la communauté qui remplace le village et qui accompagne l'enfant dans son cheminement vers l'âge adulte.

Au Canada, le modèle le plus proche du modèle cubain est celui de Terre-Neuve, et c'est de cette province que vient le sénateur Cochrane. Leur système d'information sur la santé des populations est le meilleur au Canada. Sur une carte représentant Terre-Neuve, vous avez toute une série de points, allant du jaune au rouge, qui indiquent l'état de santé de la population dans chaque zone, que ce soit par code postal, par collectivité, par ville ou autre.

Je n'ai aucune idée de la question que va vous poser le sénateur Cochrane, mais je peux vous dire que c'est une autorité en la matière.

**Le sénateur Cochrane :** Nous avons fait pas mal de progrès, en grande partie grâce au dévouement de certains de nos fonctionnaires. Ils ont été extraordinaires. Nous avons mis en place une stratégie qui nous permet de cibler une activité en particulier au niveau d'une collectivité, quelle que soit la région.



It may be worth your while, especially for the Canadian Medical Association, to review this process because it is a phenomenal program. We know Prince Edward Island is about to implement it after having done a review, and Nova Scotia and British Columbia have made inquiries into the program.

Dr. Lalonde, I understand what you are saying. We need a team approach. We must get rid of these silos. That is not what Canada is about. We must share. If anything in this world is effective, let us publish it, put it out there and tell the world about it. This is where I am coming from.

Tell us about this national immunization strategy. It was a positive strategy. I am looking for positive things. I am not looking for the negative. I want the positive things to be out there in the media and in all the newspapers, with all the hospitals, doctors, et cetera involved in this process. Positive things are being accomplished and we can accomplish more than we are now.

**Ms. Davis:** A few factors have led to its success. From the outset, it has been carried out in partnership with the federal-provincial-territorial governments as well as the NGOs. For the most part, we have had equal footing. We set out goals for where we wanted Canadian children and youth to be regarding immunization. We have said we want 95 per cent of Canadian infants to have their whooping cough vaccine by a specific time.

Then it was left up to the provinces and territories to figure out how to deliver the program. We all agreed on the goals. They looked to groups such as the Canadian Paediatric Society to set the standards to educate the physicians. We also do public education, for example, to create tools for when a physician raised immunization with a family, there would be a reliable tool from the Canadian Paediatric Society that a doctor or nurse could use in their conversation.

It was also helpful that the federal government set aside a pot of \$300 million to be accessed by the provinces as they saw fit to initiate programs in four new immunizations that have been recommended in the past 10 years.

The success was in setting the goals nationally for everyone involved — funders, government and health care workers. Then each jurisdiction was able to determine the best way for them to deliver the program.

**Senator Cochrane:** It has been a success and produced savings as well. What about your teen clinics? I understand that has been positive as well.

**Ms. Davis:** It is very positive. I use the example of Cape Breton, where we have active members. A couple of afternoons a week, a nurse is in the high school so the students can casually go

Je suis sûre que cela vous intéresserait, surtout l'Association médicale canadienne, d'en savoir davantage sur ce programme absolument phénoménal. Après l'avoir étudié, l'Île-du-Prince-Édouard est sur le point de le mettre en œuvre, et la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont déjà manifesté de l'intérêt.

Docteur Lalonde, je suis d'accord avec vous : il faut adopter le principe des équipes. Il faut supprimer les cloisons, car ce n'est pas ça le Canada. Nous devons partager. Si nous trouvons des solutions efficaces, il faut les faire connaître aux autres, au monde entier même. C'est ce que j'ai toujours pensé.

Pouvez-vous nous dire quelques mots de la stratégie nationale de vaccination? C'était une stratégie positive, et j'aime bien entendre parler de choses positives. Je ne cherche pas à me renseigner sur les expériences négatives; ce sont les expériences positives qu'il faut faire connaître, au moyen des médias et des journaux, à tous les hôpitaux, à tous les médecins participants. Il y a des choses positives qui se font, à l'heure actuelle, mais nous pouvons faire plus.

**Mme Davis :** Plusieurs facteurs ont contribué à son succès. D'abord, il y a eu un partenariat entre les gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux ainsi qu'avec les ONG. En général, nous étions sur un pied d'égalité. Nous avons proposé des objectifs de vaccination pour les enfants et les jeunes. Nous avons dit que nous voulions que 95 p. 100 des nouveau-nés canadiens soient vaccinés contre la coqueluche avant un certain âge.

Ensuite, ce sont les provinces et les territoires qui ont dû décider comment mettre en œuvre le programme. Nous étions tous d'accord sur les objectifs. Les gouvernements se sont adressés à des groupes comme la Société canadienne de pédiatrie pour fixer les objectifs à transmettre aux médecins. Nous nous occupons d'éducation en mettant au point, par exemple, des guides et des outils que peuvent utiliser un médecin ou une infirmière lorsqu'ils doivent convaincre une famille de la nécessité de faire vacciner son enfant.

Fort heureusement aussi, le gouvernement fédéral avait mis de côté une somme de 300 millions de dollars à l'intention des provinces qui acceptaient de mettre en œuvre les quatre nouveaux programmes de vaccinations que nous avons recommandés au cours des 10 dernières années.

Le succès de cette stratégie tient au fait que nous avons réussi à fixer des objectifs nationaux avec la participation de tous — les bailleurs de fonds, les gouvernements et les professionnels de la santé. Ensuite, c'est à chaque province ou territoire qu'il appartenait de décider de la meilleure façon d'administrer le programme.

**Le sénateur Cochrane :** Non seulement cela a été un succès, mais vous avez réussi à réduire les dépenses. Qu'en est-il de vos cliniques pour adolescents? J'ai entendu dire que c'était aussi un succès.

**Mme Davis :** C'est très positif. Je vais prendre l'exemple de Cap-Breton, où nous avons des membres actifs. À peu près deux après-midi par semaine, une infirmière assure une permanence à

and ask for advice on birth control, for example. It is done in a way that the students do not feel barriers to accessing care.

They also have pediatricians in Cape Breton involved. Therefore, if the nurses see a young person who is not doing as well as one might hope, the child can see the pediatrician in the school, from what I understand.

It is bringing health care to a vulnerable population. I would suggest that youth are a vulnerable population. They are expected to deal with a lot these days. Instead of expecting them to go to health care, which we know they are not good at doing, we are bringing health care to them.

Another model, though not dealing with teenagers, is at the University of Prince Edward Island. There is one family physician I know who specializes on male health issues. He goes into the residences and sets up a room. People can go chat with him. It is health care taken to the populations that need it as opposed to waiting for them to come to us.

**Senator Cochrane:** You are part as the Canadian Medical Association. Have you portrayed this great strategy to other provinces?

**Ms. Davis:** I am with the Canadian Paediatric Society. Where we can, we do. We encourage best practices to be modeled. Part of the challenge is that there are many best practices that we do not necessarily know about.

At our annual conferences and through other forums, we try to encourage people to write about these best practices and to disseminate them.

**Senator Cochrane:** That is exactly my beef. The best practices are not publicized. Other provinces, doctors, families and mothers are probably not aware.

**Dr. Bigsby:** I will speak to that as well from the point of view of the silos. The Canadian Medical Association has invested heavily into looking inward at the problems with the system that creates barriers to people obtaining health care. Silos are definitely one of those problems.

I found it helpful to look at this situation from the perspective that if someone comes looking for help, they do not know how the system works. Every door they knock on should be the right door. They should not have to figure out where they need to go.

This particular metaphor was brought to my attention. I work with the Aboriginal Women's Association on fetal alcohol. If you are a young mother, you think something is wrong with your child and it occurs to you that you were drinking during pregnancy. How do you raise that with someone? How do you get a yes or no answer to the question in the back of your mind, whether your baby is affected? You may talk to someone who does not have the

l'école secondaire; les élèves peuvent aller la consulter sans rendez-vous, pour parler de contraception, par exemple. Il faut que les élèves puissent la consulter librement, sans entraves.

Des pédiatres de Cap-Breton participent aussi au projet, et lorsque l'infirmière constate qu'un élève ne va pas bien, elle peut l'orienter vers le pédiatre qui se rend, lui aussi, à l'école.

C'est ainsi qu'on réussit à apporter des soins à une population vulnérable, car j'estime que les jeunes constituent une population vulnérable. La vie n'est pas toujours facile pour eux. Alors, plutôt que de penser qu'ils vont aller chercher les soins dont ils ont besoin, ce qu'ils ne font pas souvent, nous avons décidé de leur apporter nous-mêmes ces soins.

Un autre exemple, même s'il ne s'agit plus d'adolescents, est celui de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a là-bas un médecin de famille que je connais et qui se spécialise dans la santé des hommes. Il se rend dans les résidences et y assure une permanence, pour que les étudiants puissent venir discuter avec lui. Ce sont là des exemples qui vous montrent qu'on peut apporter des soins à certaines populations, plutôt que d'attendre qu'elles fassent l'effort de venir vous voir.

**Le sénateur Cochrane :** Vous faites partie de l'Association médicale canadienne. Avez-vous présenté cette superbe stratégie à d'autres provinces?

**Mme Davis :** Je fais partie de la Société canadienne de pédiatrie. Quand nous en avons l'occasion, nous le faisons. Nous encourageons toujours la promotion de pratiques exemplaires. Le problème, c'est qu'il y a certainement beaucoup de pratiques exemplaires dont nous n'entendons pas parler.

À nos conférences annuelles et dans d'autres tribunes, nous essayons d'encourager les gens à écrire des articles sur ces expériences positives et à les diffuser.

**Le sénateur Cochrane :** C'est justement là où je voulais en venir : ces pratiques exemplaires sont souvent méconnues. Les autres provinces, les médecins, les familles et les mères ne sont certainement pas au courant.

**Dre Bigsby :** Je vais répondre à votre question, et à celle sur le cloisonnement. L'Association médicale canadienne a beaucoup réfléchi au problème du cloisonnement, et aux raisons pour lesquelles certaines personnes ont du mal à obtenir des soins de santé. Les cloisons existantes sont assurément un problème.

J'ai essayé de réfléchir à toute cette question en me demandant comment faire pour qu'une personne, qui ne connaît absolument rien du système, puisse savoir à quelle porte frapper. Celui qui a besoin de soins de santé ne devrait pas à avoir à se demander à quel service s'adresser.

Cela me fait penser à une métaphore qu'on m'a rapportée. Je travaille avec l'Association des femmes autochtones sur le problème du syndrome de l'alcoolisme fœtal. Prenez le cas d'une jeune mère qui croit que son enfant a un problème; elle se demande peut-être si c'est parce qu'elle a consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Mais à qui peut-elle parler de ses craintes? Comment peut-elle en avoir le cœur net, et savoir si oui ou non ses



information, and they may falsely reassure you because they do not know where to send you. That should not be happening. It is a hard question for a mother to ask.

We need to create a system that will guide a person to go to the place where they need to go in order to get the help that they need.

**Ms. White:** When it comes to Newfoundland and Labrador, increasingly there is more diversity on the island. There has been incredible social cohesion and I would say that that is one of the reasons for the fantastic community support. It will be interesting to see how this is introduced and how these new Canadians are integrated as well.

For the project Healthy Children, Healthy Communities, we have developed tool kits for the community in terms of best practices. We found peer-to-peer education to be remarkably helpful.

We have developed a tool kit on HIV/AIDS called *It Is Time to Act*. Our research was astounding in showing the ignorance of young people. These were basically our best and brightest because they were part of our Model UN. The ignorance around birth control generally versus barrier birth control in preventing HIV/AIDS was startling. We gave them the kind of information they needed and told them they could become a peer-to-peer mentor and talk to other people in their community. The peer-to-peer approach is very important.

Likewise, we have developed a model for Healthy Children, Healthy Communities. It will actually take youth-serving agencies like ours in the informal, non-formal and formal education sector with ways to engage young people, to hear young people's voices about their own health, their own issues, and to take action, including how they can bring their voices to circumstances like this or to agencies like CMA or other NGOs. How do we raise their skills enough to tell their stories, which need to be heard? This is happening and it is quite positive. In fact, we have been happy to work in Newfoundland on these issues as well.

**The Chair:** I want to ask you all a favour. You presented some bad statistics on population health, but the most damning statistic that has come out recently is that we are thirtieth of 30 developed nations in efficiency for our health care delivery system and 23rd of 30 in the overall health of our citizens.

I have been convinced for at least 10 years that we will not overcome this situation until we can achieve a whole-of-government approach to population health, from womb to tomb — in fact beyond womb; from parenting to death. One-shot initiatives will not get the job done.

craintes sont justifiées? La personne à qui elle va en parler ne sera peut-être pas bien informée, et elle essaiera peut-être de la rassurer, à tort, parce qu'elle ne saura pas auprès de qui l'envoyer. Il ne devrait pas en être ainsi. C'est difficile pour une mère de poser ce genre de question.

Il faut donc créer un système qui guidera la personne directement vers le service dont elle a besoin.

**Mme White :** S'agissant de Terre-Neuve et du Labrador, il y a de plus en plus diversité sur l'île. La cohésion sociale y est très forte, et je dirais même que c'est l'une des raisons pour lesquelles il existe un soutien communautaire très solide. Il sera intéressant de voir comment tout cela est mis en place et comment les Néo-Canadiens sont intégrés.

Pour ce qui est du projet Les enfants sains dans les communautés saines, nous avons mis au point des outils et des guides des pratiques exemplaires à l'intention des communautés. Nous avons constaté que l'éducation entre pairs donnait des résultats extraordinaires.

Nous avons préparé une trousse d'outils sur le VIH/sida intitulée « Il est temps d'agir », parce que nous avons été surpris de constater, dans nos recherches, la grande ignorance des jeunes dans ce domaine. Et pourtant, il s'agissait de jeunes très prometteurs, qui faisaient partie de notre Modèle ONU. Leur ignorance de la contraception en général par opposition aux précautions à prendre pour prévenir le VIH/sida était surprenante. Nous leur avons donné les informations dont ils avaient besoin tout en les encourageant à informer à leur tour leurs camarades de la communauté. Cette méthode d'apprentissage par les pairs est très importante.

De la même façon, nous avons mis sur pied un modèle pour Les enfants sains dans les communautés saines. L'objectif est d'amener des organisations qui s'intéressent, comme nous, aux moyens à la fois officiels et officieux d'éduquer les jeunes, à encourager ces derniers à parler de leur santé et de leurs problèmes et à prendre l'initiative d'aller en parler à des groupes comme le vôtre ou comme l'AMC ou des ONG. Comment leur donner les compétences qui leur permettront de raconter leur histoire, de parler de leurs problèmes? Cela se fait déjà, et c'est très positif. En fait, nous sommes heureux d'avoir pu faire quelques expériences à Terre-Neuve.

**Le président :** Permettez-moi de vous demander une faveur. Vous nous avez donné des statistiques peu encourageantes sur la santé des populations, et la plus déprimante était sans doute que nous occupons le dernier rang de 30 pays développés pour ce qui est de l'efficacité de notre système de santé, et le 23<sup>e</sup> rang pour ce qui est de l'état de santé général de notre population.

Depuis au moins 10 ans, je suis convaincu que la situation ne s'améliorera pas tant que nous n'aurons pas adopté une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, pour toutes les étapes de la vie, de la conception à la mort, et en fait, en commençant avant la conception, par l'éducation des parents. Les initiatives ponctuelles ne sont que des cataplasmes sur une jambe de bois.



I have spoken to quite a few people about this matter, and I will raise it publicly for the first time at the public health meeting in Halifax next week. I have spoken privately to people with vested interests. I am absolutely convinced, and will have to be unconvinced, that nothing else will get the job done for us.

I would like all of you to think about how we can sell federal, provincial, and community governments on an all-of-government approach to population health, from womb to tomb, and how we can develop the kind of community system that we saw in Cuba of polyclinics, where everyone is involved in the well-being of the community.

Thank you, and good night.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Thursday, June 5, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:54 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable senators, we are delighted to have an excellent panel before us this morning: Dr. Marcia Hills, from the University of Victoria; Dr. Maria De Koninck, from Laval University; Dr. Shanthi Johnson, from the University of Regina; and Mr. Richard Prial, from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

[Translation]

**Maria De Koninck, Professor, Department of Social and Preventive Medicine, Laval University:** Mr. Chairman, thank you for allowing us to speak on social inequalities in health, a question of considerable interest to us. I will focus solely on the problem of research, since that is my field of expertise. The purpose of my presentation will be to emphasize points concerning research needs in Canada to enable us to address social inequalities in health.

Social inequalities in health — I have seen the report you produced — are amply documented. They do indeed exist and have a significant impact on population health. Social inequalities have become a public health priority. The director of the Public Health Agency of Canada will soon be preparing a report on the issue.

Although we know the situation, we lack the necessary knowledge for a better understanding of how these inequalities are created and especially how they last. The situation is so

J'en ai parlé en privé à pas mal de personnes, et j'en parlerai pour la première fois en public à la conférence sur la santé publique qui a lieu à Halifax la semaine prochaine. Je suis absolument convaincu, et ce sera difficile de me faire changer d'avis, que c'est la seule solution.

J'aimerais que vous réfléchissiez tous à la façon dont nous pourrions faire accepter une telle approche aux gouvernements fédéral, provinciaux et locaux. Je veux parler d'une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, de la conception à la mort. Je vous demande aussi de réfléchir à la façon dont nous pourrions mettre en place le genre de système communautaire que nous avons vu dans les polycliniques de Cuba, où chacun participe au bien-être de la communauté.

Merci et bonne soirée.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2008

Le Sous-comité sur la santé de la population du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 10 h 54 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Honorables sénateurs, nous sommes très heureux d'avoir ce matin devant nous un groupe de qualité : Mme Marcia Hills, de l'Université de Victoria; la Dre Maria De Koninck, de l'Université Laval; Mme Shanthi Johnson, de l'Université de Regina; M. Richard Prial, du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario.

[Français]

**Maria De Koninck, professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval :** Monsieur le président, je vous remercie de nous permettre de nous exprimer en ce qui concerne les inégalités sociales en santé, c'est une question qui nous tient beaucoup à cœur. Je m'attarderai seulement au problème de la recherche puisque c'est mon champ d'expertise. Ma présentation tentera de faire ressortir des éléments concernant les besoins en recherche au Canada pour nous permettre de nous attaquer aux inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé — j'ai vu le rapport que vous avez produit — sont amplement documentées. Elles existent bel et bien et produisent un impact important sur la santé de la population. Du côté de la santé publique, les inégalités sociales sont une priorité. D'ailleurs, le directeur de l'Agence de la santé publique du Canada produira un rapport sur la question prochainement.

Bien que nous connaissions la situation, il manque les connaissances nécessaires pour mieux comprendre comment se construisent ces inégalités et surtout comment elles perdurent. La

chronic that it is perpetuated in certain social groups from generation to generation, with children born in poverty also bringing children into the world in poverty. We need to understand how the phenomenon works so we can take action and reduce these inequalities.

Our needs go beyond the need for a description. I will place considerable emphasis on this point. We must go much further than merely describing inequalities. We must understand and start acting by experimenting, particularly with approaches that must be evaluated. When we talk about approaches, that includes public policies and their impact so that we can adjust them.

In the document that has been distributed to you, I provide a theoretical model on health determinants that comes to us from England. This is probably the most widely used model right now. It clearly shows how public policies go through various conditions to reach the health of individuals. In this theoretical model, the emphasis is placed on the set of conditions that act on the health of individuals. To understand how inequalities are created between individuals, it is important to take this set of determinants into account. This is an absolutely enormous challenge.

I also have a slide that was presented by Dr. Hillary Graham. She is a very well-known British researcher who has been working on inequalities for a long time and who is increasing the agreement among researchers in emphasizing that we must now focus on the determinants of determinants, that is to say go upstream from what we call the determinants of health to understand the basis of the creation of inequalities among us. We need research that enables us to grasp the complexity of the situation, and, to do that, we need research that involves many types of expertise, that is to say multidisciplinary research, particularly in the social science research field, to enable us to understand how social conditions and social organization act on inequalities and population health.

We also need to do research on intervention and living environments, action research so that, from the outset, we can start putting in place ways of working to reduce inequalities and prevent them from recurring.

Here I have a brief text that summarizes our research work. In the Quebec City region, we conducted a study on three areas in the region. We found life expectancy differences within those areas. We saw differences of up to 10 years between environments within downtown Quebec City, for example, which is very big. That gives you an idea of the need to go much further in order to understand how this type of situation is possible and how we can act.

We need research that makes room for complexity and involves many types of expertise. It is important, and this is somewhat the message I am giving you today, to start seeking a change in culture at the agencies that fund our research. The agencies that

chronicité de la situation est telle qu'elle se perpétue dans certains groupes sociaux de génération en génération; les enfants nés dans la pauvreté mettent au monde des enfants dans la pauvreté également. Nous avons besoin de comprendre le fonctionnement du phénomène afin de pouvoir agir et réduire ces inégalités.

Nos besoins dépassent les besoins de description. C'est un élément sur lequel j'insisterai beaucoup. Il faut aller beaucoup plus loin que de décrire les inégalités. Nous devons comprendre et commencer à agir en expérimentant, notamment, des façons de faire qui doivent être évaluées. Quand on parle de façon de faire, cela inclut des politiques publiques et leur impact afin de les ajuster.

Je propose, dans le document qui vous a été transmis, un modèle théorique sur les déterminants de la santé qui nous vient de l'Angleterre. C'est probablement le modèle le plus utilisé actuellement. Ce modèle démontre bien comment les politiques publiques transitent à travers différentes conditions pour rejoindre la santé des individus. Dans ce modèle théorique, on insiste sur l'ensemble des conditions qui agissent sur la santé des individus. Pour comprendre comment l'inégalité se construit entre les personnes, il importe de tenir compte de cet ensemble de déterminants. C'est un défi absolument énorme.

Je propose également une diapositive, qui a été présentée par docteure Hillary Graham. C'est une chercheuse britannique très connue qui travaille sur les inégalités depuis longtemps et qui se joint de plus en plus à des chercheurs pour insister sur le fait que nous devons maintenant nous attarder au déterminant des déterminants, c'est-à-dire d'aller en amont de ce que nous appelons les déterminants de la santé pour comprendre les fondements de la construction des inégalités entre nous. Nous avons besoin de recherches qui nous permettent de saisir la complexité de la situation et, pour ce faire, nous avons besoin de recherches qui font appel à de multiples expertises, donc des recherches de type multidisciplinaire, notamment dans le domaine de la santé de recherches en sciences sociales pour nous permettre de comprendre comment les conditions sociales et l'organisation sociale agissent sur les inégalités et la santé des populations.

Nous avons aussi besoin de faire de la recherche auprès des milieux d'intervention et des milieux de vie, de la recherche de type action pour d'emblée commencer à mettre en place des façons de travailler afin de réduire les inégalités et éviter qu'elles ne se reproduisent.

J'ai ici un court texte qui résume nos travaux. Dans la région de Québec, nous avons mené une recherche sur trois territoires de la région. Nous avons trouvé à l'intérieur même des territoires des différences au plan de l'espérance de vie. Nous avons vu des différences allant jusqu'à dix ans entre différents milieux au sein du centre-ville de Québec, par exemple, qui n'est très grand. Cela vous donne une idée de la nécessité d'aller beaucoup plus loin pour comprendre comment ce type de situation est possible et comment on peut agir.

Nous avons besoin de recherches qui feraient place à la complexité et qui feraient appel à de multiples expertises. Il est important, et c'est un peu l'appel que je fais auprès de vous aujourd'hui, de commencer à demander un changement de culture



fund our research want quick results. The agencies that fund our research do not seem to understand that basic social research is as important and requires as much time as basic biomedical research. The criteria are not the same. Social research is the poor cousin, and yet we know that it has become truly necessary to understand what is going on in an opulent society such as ours when we observe utterly unjustifiable inequalities. Furthermore, in the community organizations, they try to obtain results using a linear causality, whereas, when you work on social realities, the causality is not necessarily linear.

Last, the current trend is toward strategic programs, that is to say that research topics are suggested to researchers. This is increasingly the case, as a result of which intellectual innovation, ideas and intuitions that researchers may have are now virtually never funded.

The slides I have presented to you contain some passages from a study by a group that, for a number of years, has been requesting that Canada establish a longitudinal survey using household panels. A number of countries are doing this and the type of data that this kind of survey produces can really be very useful, first in monitoring population health, and second in gaining a clearer understanding of the complexity and all the elements that go into creating the social inequalities of health.

In closing, I would say to you that it is important for us to recognize that social inequalities are a priority for population health, that we need research that affords a better understanding of how inequalities are created and how they recur. We need evaluative research that will support social experimentation to reduce inequalities and, ultimately, infrastructures that will enable us to produce data, what is called complex data corresponding to human and social reality.

[English]

**Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Regina:** I am delighted and honoured to be representing the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit. The 10-member team of dedicated researchers focuses on community-engaged and policy-relevant research in understanding health disparities. The three main areas that we focus on are Aboriginal and northern health, healthy children and rural health. I have been privileged to work with this unit over the last year, when I moved to Saskatchewan in January 2007 from Nova Scotia.

dans les organismes qui subventionnent nos recherches. Les organismes qui subventionnent nos recherches veulent des résultats rapidement. Les organismes qui subventionnent nos recherches ne semblent pas comprendre que la recherche fondamentale au plan social est aussi importante et demande autant de temps que la recherche fondamentale au plan biomédical. Les critères ne sont pas les mêmes. La recherche sociale est le parent pauvre, pourtant nous savons qu'il est devenu vraiment nécessaire de comprendre ce qui se passe dans une société d'opulence telle que la nôtre quand on observe des inégalités tout à fait injustifiables. De plus, dans les organismes communautaires, on cherche souvent à obtenir des résultats avec une causalité linéaire alors que lorsqu'on travaille sur des réalités sociales, la causalité n'est pas nécessairement linéaire.

Enfin, la tendance à l'heure actuelle va vers les programmes stratégiques, c'est-à-dire que l'on suggère des objets de recherche aux chercheurs. Cela prend de plus en plus de place, de sorte que l'innovation intellectuelle, les idées et les intuitions que peuvent avoir les chercheurs ne sont à peu près plus jamais subventionnées.

Dans les diapositives que je vous ai présentées, il y a quelques extraits de travaux d'un groupe qui demande depuis plusieurs années que le Canada se dote d'une enquête longitudinale à l'aide de panels de ménages. Plusieurs pays le font et le type de données que ce genre d'enquête permet d'obtenir peut vraiment être très utile, d'une part pour suivre la santé de la population et, d'autre part, pour mieux saisir la complexité et tous les éléments qui entrent dans la construction des inégalités sociales relatives à la santé.

Pour terminer, je vous dirais qu'il est important pour nous de reconnaître que les inégalités sociales sont une priorité en santé des populations, qu'on a besoin de recherches qui permettent de mieux comprendre comment se construisent les inégalités et comment elles se reproduisent. Nous avons besoin de recherches évaluatives qui vont soutenir des expérimentations de type social pour réduire les inégalités et, enfin, d'infrastructures qui nous permettent de produire des données, ce qu'on appelle des données complexes qui correspondent à la réalité humaine et à la réalité sociale.

[Traduction]

**Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de Regina :** J'ai le plaisir et l'honneur de représenter la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) (le service de recherche et d'évaluation sur la santé de la population de la Saskatchewan). Les dix membres dévoués de l'équipe consacrent leur recherche aux préoccupations communautaires et à l'examen des politiques pertinentes dans le but de mieux comprendre les disparités en matière de santé. Notre programme de recherche porte sur trois thèmes principaux : la santé des Autochtones et des habitants du Nord, la santé des enfants et la santé en milieu rural. J'ai eu le privilège de travailler avec cette équipe au cours de l'année écoulée, lorsque j'ai quitté la Nouvelle-Écosse pour venir m'installer en Saskatchewan en janvier 2007.



My comments today will reflect on my experiences not only in Saskatchewan but also in Nova Scotia and Ontario prior to that, which was my first home in Canada when I came to pursue my graduate doctoral studies in health.

I want to make five specific comments. The written submission that I made was quite lengthy, so I had to cut down quite a bit. I hope I did not throw out the baby with the bathwater when I was doing that.

The five points I want to make are, first, the need for building capacity through education and training opportunities. SPHERU has been a leader in providing opportunities for postgraduate students through thesis work, mentoring, partnerships, and most recently through a CIHR-funded program called the Community and Population Health Research Training Program, CPHR. Through this program, we have trained about 26 PhD students, master's students and post-doctoral fellows within the last five years. This is a huge accomplishment for a smaller province and also in a specific, focused area of population health. We have students from various disciplines — geography, history, kinesiology and arts — so it is a truly multidisciplinary program.

While these programs provide opportunities for current graduates, we need education and training opportunities to build capacity for those already in the workforce. We need training opportunities such as workshops, online educational modules and so on for people in the health sector and people in other sectors that are important for population health.

There have been quite a few interesting models. In the work that I did in Nova Scotia, Annapolis Valley Health was a leader, offering education sessions for their employees in the health sector and in the community health board, which is the grassroots organization of community volunteers and at the senior level management as well. Through that, there was quite a bit of incorporation of population health into the health planning process.

The second point is the need for a national population health framework. Given the extent and significance of health disparity that we have seen throughout Canada, I think broader scope focus is needed to begin to address this. A national framework will be very important to set the stage and to lead the way, to provide direction and inspiration, to work with the provinces to further this agenda. This framework will have to have short- and long-term goals, of course, objectives and targets, plus adequate funding to resource the strategies that are developed.

Mes observations aujourd'hui sont fondées sur l'expérience que j'ai acquise non seulement en Saskatchewan mais aussi en Nouvelle-Écosse et auparavant, en Ontario, la première province où j'ai vécu lorsque je suis venue au Canada poursuivre mes études de doctorat dans le domaine de la santé.

Je voudrais faire cinq observations précises. Le mémoire écrit que j'avais préparé était fort long, et j'ai donc été contrainte de le réduire sensiblement. J'espère que je n'ai pas jeté le bébé avec l'eau du bain lorsque j'ai fait cela.

Je souhaiterais aborder les cinq points suivants : premièrement, la nécessité de renforcer les capacités en fournissant des possibilités d'apprentissage et de formation. Depuis sa création, la SPHERU s'est affirmée comme un leader grâce aux possibilités offertes aux étudiants postdoctoraux sur la forme d'une aide à la préparation de thèses, de mentorats, de partenariats, et plus récemment, du programme financé par les IRSC appelé le Programme de formation en recherche sur la santé de la population et la santé communautaire (RSPSC). Ce programme nous a permis de former quelque 26 étudiants en doctorat, étudiants en maîtrise et agrégés postdoctoraux au cours des cinq dernières années. C'est un résultat remarquable pour notre petite province, d'autant qu'il s'agit d'un domaine très circonscrit de la santé de la population. Nous avons des étudiants de disciplines diverses — géographie, histoire, kinésiologie, arts et lettres — il s'agit donc vraiment d'un programme multidisciplinaire.

Bien que ces programmes offrent des débouchés aux diplômés actuels, nous avons aussi besoin de pouvoir offrir des possibilités en matière d'éducation et de formation aux personnes qui appartiennent déjà à la population active afin de développer leurs capacités. Nous avons besoin de disposer de possibilités de formation telles que des ateliers, des modules d'enseignement en ligne, et cetera, à l'intention des personnes travaillant dans le secteur de la santé et des membres d'autres secteurs importants pour la santé de la population.

Les modèles intéressants ne manquent pas. Lorsque je travaillais en Nouvelle-Écosse, l'organisme Annapolis Valley Health était un leader; il offrait des séances de formation à l'intention des employés des services de santé et au comité de santé communautaire, qui est l'organisation populaire de bénévoles ainsi qu'aux cadres supérieurs. Cela a beaucoup facilité l'intégration de la santé de la population au processus de planification des services de santé.

Ma seconde observation concerne la nécessité d'établir un cadre national de promotion de la santé de la population. Compte tenu de l'ampleur des disparités constatées sur le plan de la santé dans l'ensemble du Canada, il y aurait lieu, pour commencer, d'élargir le champ d'investigation. Il sera très important, au départ, d'établir un cadre national qui fournira les orientations et l'inspiration nécessaires pour travailler avec les provinces à la promotion de ce programme. Il faudrait, bien entendu, que ce cadre comporte des buts à court et à long terme, des objectifs et des cibles, et qu'il dispose de fonds suffisants pour soutenir les stratégies élaborées.

The third point is the coordinated integrated health information infrastructure. We are really blessed to have extensive databases in Canada. We have the Canadian Community Health Survey and several other population surveys. However, it can take a bit of improvement. We do not have as much longitudinal data. The longitudinal family dynamic survey that was mentioned by Ms. De Koninck is important, and I know the Canadian longitudinal study of aging is being developed. Those are important surveys that are needed.

We also need community-level information. Many of these national surveys only provide regional-level information. When you look at one region, such as the Regina health region, it is so diverse. You have Regina, which is a major centre, but you have communities that are very small. How do you identify health needs when it is all put in one pot? We need a breakdown.

We need further work on indicators. We traditionally use indicators such as life expectancy, mortality and morbidity, but what are important indicators for local communities? SPHERU has worked with several Aboriginal northern communities to come up with culturally relevant indicators that are important to the communities. These kinds of indicators should be incorporated into national and provincial surveys.

I want to also make a point about the evaluation and evidence. As population health researchers, we cannot emphasize enough the importance of evaluation in any strategy or framework development. I have to commend you on the work you have done on the scoping paper looking at population health policy. I notice that on pages 7, 17, and 28, there is discussion about development and implementation of policy or framework, but there is no mention of evaluation as part of it. I want to encourage the committee to consider thinking about and putting in an evaluation framework as part of the process.

As the earlier speaker mentioned, we need further research into understanding the complex interaction of various determinants of health. CIHR, through its Institute of Population and Public Health, has been providing funding, but the success rate in the CIHR competition is very small, given the funding limitation. That means that many of the really interesting and important research questions go unanswered for lack of financing and funding. We need to encourage targeted and enhanced funding opportunities to promote innovative research that is meaningful to the communities.

On the point of prioritizing, the scoping document beautifully lays out seven areas of disparities, with the possible recommendation of action in two — Aboriginal health and child health. This is a very limited scope, because we know

Ma troisième observation concerne la mise en place d'une infrastructure communautaire intégrée d'information sur la santé. Nous avons la chance de disposer d'excellentes sources de données au Canada. Nous avons l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et plusieurs autres enquêtes sur la population. Quelques améliorations seraient cependant les bienvenues. Nous n'avons pas autant de données longitudinales. L'enquête longitudinale sur la dynamique familiale, mentionnée par Mme De Koninck, est importante, et je sais que l'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement est en cours. Ces importantes enquêtes sont absolument indispensables.

Nous avons aussi besoin d'information au niveau communautaire. Bon nombre de ces enquêtes nationales n'en fournissent qu'au niveau régional. Lorsque vous considérez une région telle que la région sanitaire de Regina, vous vous apercevez qu'elle présente une grande diversité. Il y a Regina, qui est un centre important, mais il y a aussi de toutes petites collectivités. Comment identifier les besoins en matière de santé lorsque tout cela est fourré dans le même sac? Nous avons besoin d'une ventilation des données.

Il faut aussi poursuivre les études sur les indicateurs. Nous utilisons traditionnellement des indicateurs comme l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité, mais quels sont les indicateurs importants pour les collectivités rurales? La SPHERU a travaillé avec plusieurs collectivités autochtones du Nord afin de définir des indicateurs adaptés culturellement à ces collectivités. Il y aurait lieu d'intégrer ce genre d'indicateurs aux enquêtes nationales et provinciales.

Je souhaiterais également faire une remarque au sujet de l'évaluation et de la présentation de preuves probantes. Les chercheurs dans le domaine de la santé de la population que nous sommes, ne sauraient donner trop d'importance à l'évaluation dans toute stratégie ou élaboration de cadres. Je tiens à vous féliciter pour le travail que vous avez effectué sur le document d'orientation concernant l'examen de la politique sur la santé de la population. Je note que les pages 7, 17 et 28 contiennent un examen de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique ou d'un cadre, mais aucune mention n'est faite d'une évaluation. J'encourage le comité à réfléchir à un cadre d'évaluation et à l'intégrer au processus.

Comme le témoin précédent l'a dit, d'autres recherches s'imposent pour comprendre l'interaction complexe des divers déterminants de la santé. Les IRSC, par le biais de leur Institut canadien d'information sur la santé, ont fourni des subventions, mais le taux de succès aux concours des IRSC est très faible, compte tenu de l'importance limitée des fonds. Cela signifie que plusieurs excellentes, intéressantes et importantes questions de recherche demeurent sans réponse, faute de ressources. Il faut continuer à encourager une augmentation des fonds ciblés afin de promouvoir des recherches novatrices qui correspondent aux besoins des collectivités.

En ce qui concerne l'établissement des priorités, le document d'orientation indique très clairement sept domaines où il existe des disparités, et recommande une intervention éventuelle dans deux d'entre eux — la santé des Autochtones et la santé des



disparity affects us all throughout our lifespan and we really need to have a multi-sectoral and life-course perspective in addressing disparities; otherwise we will not make a big dent in the huge disparity we see in Canada.

In my written submission, I provide an example from a nutritionist. I am a dietician by training. Are we what we eat? The question raises issues about: Is it the knowledge, attitudes and beliefs we have or is it the societal issues that we see in childhood obesity, food insecurity, people not being able to afford foods, the increasing incidence of chronic diseases that start earlier and earlier in life? What are the indicators we are using? Is it just the nutritional intake or is it the food additives we have to worry about, the trans fats and the sodium content of food?

We need educational opportunities. I am quite familiar with many of the nutrition programs in Canada, and they do not offer population health courses. They are still focused on individual behavioural change, on the assumption that if you provide knowledge, the attitudes will change and it will bring about a change in behaviour. Based on research in social determinants of health, we know that is not the case, so we need capacity-building and training opportunities for students and for people in the profession.

With that, I will finish my comments. I am pleased that this committee is looking into this significant and important issue in Canada.

**The Chair:** Thank you very much. I was happy to hear you confirm our structural framework that we are working with fundamentally, which is a population health platform and then looking at the life cycle in its entirety, built on that platform. You just confirmed the need for that, so thank you.

**Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion Research, University of Victoria:** I would like to begin by saying how pleased I am to have the opportunity to speak to you today. I apologize for being late. I am in Athens, Greece. If any of you have been here, you will understand that the people here have a different concept of time than we have in Canada. I was misinformed about how long it would take me to get here.

I want to commend you on taking up this important work. I was pleased to read your reports and to spend some time reading some of the transcripts of other witnesses.

I will be brief in my comments, because I am hoping that the technology will stay working. I think that the discussion and the question-and-answer period are very important.

enfants. Cela a cependant une portée très limitée, car nous savons bien que les disparités nous affectent tous au cours de notre vie et que nous avons vraiment besoin d'adopter une perspective multisectorielle, portant sur le cours complet de la vie; sans quoi, nous ne parviendrons pas à changer grand-chose aux énormes disparités que nous constatons au Canada.

Dans mon mémoire écrit, je présente un exemple donné par un nutritionniste. Je suis diététicienne de formation. Sommes-nous ce que nous mangeons? C'est une question qui, à son tour, en soulève d'autres : s'agit-il des connaissances, des attitudes et des croyances que nous avons ou s'agit-il des problèmes sociétaux que représentent l'obésité chez les enfants, l'insécurité alimentaire, le fait que les gens n'ont pas les moyens d'acheter de la nourriture, l'incidence croissante des maladies chroniques qui se manifestent de plus en plus tôt dans la vie? Quels indicateurs utilisons-nous? Est-ce simplement de l'apport nutritionnel ou des additifs alimentaires dont nous devons nous inquiéter, des acides trans ou de la teneur en sodium des aliments?

Il faudrait qu'il y ait de nouvelles possibilités sur le plan de l'éducation. Je connais bien un grand nombre des programmes de nutrition au Canada, et ceux-ci n'offrent pas de cours sur la santé de la population. Ils demeurent axés sur le changement comportemental, prennent pour acquis que si vous fournissez les connaissances nécessaires, les attitudes changeront et cela entraînera un changement du comportement. Les recherches effectuées sur les déterminants sociaux de la santé nous ont montré que ce n'est pas du tout le cas; il faut donc renforcer les capacités et offrir des possibilités de formation aux étudiants et aux membres de la profession.

Je m'en tiendrai là. Je me réjouis de voir que votre comité étudie cette question, car elle revêt beaucoup d'importance au Canada.

**Le président :** Merci beaucoup. J'ai été heureux de vous entendre confirmer la valeur du cadre structurel que nous utilisons, cadre qui est essentiellement fondé sur un programme d'étude de la santé de la population à partir duquel nous procédons à un examen du cycle de vie dans sa totalité. Vous venez d'en confirmer le besoin, je vous en remercie.

**Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la santé communautaire, Université de Victoria :** Je tiens, pour commencer, à dire combien je suis heureuse de pouvoir vous parler aujourd'hui. Je vous prie d'excuser mon retard. Je suis à Athènes, en Grèce. Si vous n'êtes jamais venu ici, vous comprendrez que les Grecs ont une conception du temps qui diffère de la nôtre au Canada. On m'avait mal renseignée sur le temps que cela me prendrait pour arriver ici.

Je tiens à vous féliciter d'avoir entrepris cet important travail. J'ai eu plaisir à lire vos rapports ainsi que certaines des transcriptions des déclarations d'autres témoins.

Mes commentaires seront brefs. J'espère que la technologie ne nous trahira pas. La discussion et la période de questions me paraissent très importantes.



I have worked for over 20 years in the area of health promotion and community-based research and evaluation. The core issue of equity in health outcomes has been at the forefront of my own work, but is also foundational in terms of being the heart of health promotion in the originating document of the Ottawa Charter for Health Promotion. This very much guides our work in health promotion.

When I am speaking to you today, although I am a director of the centre at the University of Victoria, I also feel I can represent some of the views of the Canadian Consortium for Health Promotion Research, which is a non-profit organization, as I am the president of that organization.

I will limit my points to three. First, we need more population health research. I want to focus particularly on what we call intervention research and evaluation. I was pleased to hear the speaker before me mention that as well. I want to end by talking about complexity, context and the problem of synthesizing evidence. I will give you a couple of examples of ways that the consortium is working with the Public Health Agency of Canada to address some of these issues.

We need more population health research, but we just do not need more of the same. We have to shift to more social epidemiology. We cannot continue to just collect the evidence about things we already know about. We need more collaboration between traditional health research and social sciences.

We need more funding, again, not just to keep doing what we have been doing, but also so we create more innovation and less redundancy. I think it was Monique Begin who said we are a country of pilot projects, and it is time to invest in more long-term, sustainable research.

We need more data on what we call the complex causal mechanisms that underlie health disparities. I heard this mentioned also — the idea that when you are looking at social determinants, it is not straightforward that B follows A. It is complex. Also, communities are very complex social interactions between many people and organizations. There is a level of complexity there that I will address in a few minutes.

We also need to shift, especially with communities, from our exclusive focus on deficits to focus more on assets. There is wonderful work happening now with the Venice office of the World Health Organization. They are taking up the Commission on the Social Determinants of Health and they are working on this idea of assets rather than deficits. It is the idea that all communities have assets and we should build on their strengths rather than continuing to identify their weaknesses.

J'ai travaillé pendant plus de 20 ans dans les domaines de la promotion de la santé et de la recherche et de l'évaluation communautaires. La question fondamentale de l'équité en matière de santé a été l'avant-plan de mes propres travaux, mais elle est aussi fondamentale en ce sens qu'elle est à l'origine de la promotion de la santé dans l'acte introductif de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. C'est ce qui guide essentiellement notre travail dans le domaine de la promotion de la santé.

Lorsque je vous parle aujourd'hui, bien que je sois directrice du centre à l'Université de Victoria, j'estime également que je peux représenter certaines des vues du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé, qui est un organisme sans but lucratif, étant donné que je le préside.

Je m'en tiendrai à trois observations. Premièrement, nous avons besoin d'intensifier la recherche sur la santé de la population. Je veux mettre particulièrement l'accent sur ce que nous appelons la recherche et l'évaluation de l'intervention. Je suis heureuse que le témoin qui m'a précédée l'ait également mentionné. Je voudrais, pour conclure, vous parler de la complexité, du contexte et du problème de la synthèse des données. Je vais vous donner deux ou trois exemples de la manière dont le consortium collabore avec l'Agence de la santé publique du Canada pour régler certaines de ces questions.

Nous avons besoin d'intensifier la recherche sur la santé de la population, à condition qu'elle ne répète pas ce qui a déjà été fait. Il faudrait que nous nous orientions plus vers l'épidémiologie sociale. Nous ne pouvons pas continuer simplement à recueillir les données sur ce que nous connaissons déjà. Nous avons besoin d'une collaboration plus étroite entre la recherche en santé traditionnelle et les sciences sociales.

Nous avons besoin de plus de fonds, encore une fois, pas simplement pour continuer à faire ce que nous avons toujours fait, mais pour encourager l'innovation et éviter la redondance. Je crois que c'est Monique Begin qui a dit que nous étions un pays de projets pilotes; il est donc temps de renforcer le financement durable de la recherche à long terme.

Nous avons besoin de plus de données sur ce que nous appelons les mécanismes de causalité qui sous-tendent les disparités en matière de santé. J'ai également entendu dire que lorsque l'on considère les déterminants sociaux, il n'est pas nécessairement évident que B vient après A. C'est plus complexe. D'ailleurs, les collectivités représentent des interactions sociales très complexes entre de nombreuses personnes et organisations. Il y a là un niveau de complexité dont je parlerai dans quelques minutes.

Il faudrait aussi, en particulier en ce qui concerne les collectivités, cesser de concentrer exclusivement notre attention sur les déficits et mettre plus l'accent sur les actifs. Le bureau de Venise de l'Organisation mondiale de la santé fait actuellement un travail remarquable. Il reprend ce que fait la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et s'appuie sur la notion d'actifs plutôt que de déficits, selon laquelle toutes les collectivités ont des actifs et nous devrions en exploiter leurs points forts plutôt que de continuer à identifier leurs points faibles.

We say we need to double our investment over the next five years, and we must shift to more intervention research as a proportion of population health research. I do not know the exact figures. CIHR supports population health research, of course, but it is about 10 per cent when you look at it compared to medical research. Of that, only another 10 per cent is dedicated to intervention research.

Basically, the idea behind intervention research — and if you heard Sir Michael Marmot speak from the commission, or Monique Begin or Stephen Lewis, they are saying the same thing — we have a lot of information and research on health disparities. We know what they are, we know where they exist and we also know what causes them. However, we have very little intervention aimed at reducing or eliminating these disparities. We feel strongly that this is where the focus of our work has to be.

We have to recognize the different nature of population health and health promotion interventions from classical medical interventions; they are very different. These differences demand a different approach to intervention research and evaluation. We absolutely must have citizen engagement and community participation in both the interventions and in the evaluation.

I also heard this alluded to earlier, and I want to make a strong point about it because it is our byline. We say you must link policy practice and research. You may be surprised to hear me say this as a researcher, but researchers cannot dictate either the research question or the research process. We need to be more aware of what the policy needs are if we want to bring about change.

One of the questions that I noticed you were interested in is where should this research funding come from? Again, in light of linking policy, practice and research, we think the funding should come both from independent funding research institutions like CIHR, and from the relevant government departments. I know this is beginning to happen with the Public Health Agency of Canada. They are working with CIHR to start to do some of this intervention research.

I will talk briefly about complexity context and the problem of synthesizing evidence. Population health and health promotion interventions are complex; they are social actions taking place within complex social systems. This means that evaluating the effectiveness of these interventions requires understanding how each intervention interacts with its context to produce certain outcomes. We want to focus on the outcomes, but we want to know what is the context under which intervention works and does not work. We do not know that right now. Therefore, we have a dilemma. How do we analyze individual contexts and

Il faudrait doubler notre investissement au cours des cinq prochaines années et faire une plus large place à l'intervention dans la recherche sur la santé de la population. Je ne connais pas les chiffres exacts. Bien sûr, les IRSC apportent un soutien à la recherche sur la santé de la population, mais cela ne représente que 10 p. 100 environ de l'aide globale à la recherche médicale. Et 10 autres pour cent seulement sont réservés à la recherche sur l'intervention.

Essentiellement, selon l'idée qui sous-tend la recherche sur l'intervention — si vos avez entendu sir Michael Marmot à la Commission, Monique Begin ou encore Stephen Lewis, ils disent tous la même chose — il existe beaucoup de données et de recherches sur les disparités en matière de santé. Nous savons ce qu'elles sont, nous savons où elles existent et nous savons aussi ce qui les cause. Très peu d'interventions sont cependant destinées à réduire ou à éliminer ces disparités. Nous sommes absolument convaincus que c'est là-dessus que nous devrions axer notre travail.

Nous devons reconnaître que la nature des interventions en matière de santé de la population et de promotion de la santé est différente de celles des interventions médicales traditionnelles. Elle est en fait très différente. Compte tenu de ces différences, une nouvelle approche en matière de recherche et d'évaluation de l'intervention s'impose. Il est absolument indispensable que nous puissions compter sur la participation des citoyens et des collectivités aussi bien aux interventions qu'à l'évaluation.

J'ai aussi entendu plus tôt une allusion faite à ce sujet, et je tiens à insister sur ce point car c'est ce qui nous définit. Vous dites que vous devez établir un lien entre la pratique des politiques et la recherche. Cela vous surprendra peut-être de m'entendre dire ceci, moi qui suis une chercheuse, mais les chercheurs ne peuvent ni dicter le sujet de la recherche ni son processus. Il faudrait donc mieux connaître les besoins en matière de politique si nous voulons instaurer des changements.

J'ai remarqué qu'une des questions qui vous intéressaient était celle de savoir d'où devraient venir les fonds pour la recherche. Encore une fois, lorsqu'il s'agit de lier la politique, la pratique et la recherche, nous estimons que le financement devrait être assuré par des institutions indépendantes de financement de la recherche, telles que les IRSC et les ministères fédéraux appropriés. Je sais que c'est ce qui commence à se faire avec l'Agence de la santé publique du Canada. Elle travaille de concert avec les IRSC pour entreprendre une partie de cette recherche sur l'intervention.

Je parlerai brièvement du contexte de la complexité et du problème de la synthèse des données. Les interventions dans le domaine de la santé de la population et de la promotion de la santé sont complexes; ce sont des actions sociales qui ont lieu au sein de systèmes sociaux complexes. Cela signifie que pour évaluer l'efficacité de ces interventions, il faut comprendre comment chaque intervention interagit dans son contexte afin de produire des résultats particuliers. Nous voulons mettre l'accent sur les résultats, mais nous voulons aussi connaître le contexte dans lequel l'intervention fonctionne ou ne fonctionne pas. C'est ce que



synthesize across diverse contexts in order to arrive at conclusions — in other words, in order to know the effectiveness of specific interventions?

Traditional models of synthesizing evidence have not been able to solve this dilemma or they have simply ignored it. In most ways of synthesizing evidence right now, they use the random controlled trial as the gold standard. This is completely inappropriate for trying to do anything with community interventions. It simply does not work. What happens as a result is lots of excellent best practices are ignored or do not make it into the literature because they do not meet the criteria of having control groups. Moving forward requires more investment and innovative approaches to synthesizing evidence on the effectiveness of these interventions.

I want to give two examples of one of the things we are trying to do right now, because I think there is some hope in this. The Public Health Agency of Canada has been working with the Canadian Consortium for Health Promotion Research for the last four years to develop a framework so that we can look at federally funded community initiatives. We should be able to look across these programs. I am referring to pan-Canadian programs — things such as the HIV/AIDS strategy, the nutrition strategy, diabetes and the parenting programs.

We have been looking at these programs and looking at the evidence of their effectiveness in promoting health. We are trying to test the idea of looking at complex mechanisms and contexts and linking them to population health outcomes. Previous research provided a logical framework that presents a results chain, looking from short- to medium- to long-term outcomes. This work also exemplifies the point I was making earlier about the model of collaborative research between researchers, policy-makers and practitioners.

The other program that we are working on now is the healthy living strategy. This is an excellent example of the work that we should be doing. These are the interventions that we should be looking at. The difficulty lies in evaluating them and asking the right questions in the evaluation so that you can roll up the evidence across the programs. I think this is very difficult. I commend the Public Health Agency of Canada and CIHR for introducing this kind of work, but we need more of it.

**Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:** Thank you very much for this opportunity to contribute to this committee's deliberations on a topic that some of us in Ontario have come to appreciate as a matter of pressing urgency and certainly one of great social importance.

nous ignorons actuellement. Il y a donc un dilemme. Comment analyser les contextes individuels et synthétiser les divers contextes pour parvenir à des conclusions — autrement dit, pour connaître l'efficacité d'interventions spécifiques?

Les modèles traditionnels de synthèse des données n'ont pas permis de résoudre ce dilemme ou l'ont simplement ignoré. Dans la plupart des modèles actuels de synthèse, on emploie l'essai aléatoire, mais contrôlé, comme norme d'excellence. Cela ne convient pas du tout dans le cas des interventions communautaires. Cela ne marche tout simplement pas. Cela a pour résultat qu'une foule de pratiques exemplaires sont totalement ignorées ou ne sont pas publiées parce qu'elles ne répondent pas aux critères rigoureux des groupes de contrôle. Pour aller de l'avant, nous devons accroître le financement et le recours à s méthodes novatrices de synthèse des données sur l'efficacité des interventions.

Je voudrais vous donner deux exemples d'une des choses que nous essayons de faire en ce moment même, car je pense qu'elle offre des perspectives encourageantes. L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé depuis quatre ans à l'élaboration d'un cadre qui nous permettrait d'envisager des initiatives communautaires financées par les sources fédérales. Nous devrions pouvoir examiner tous ces programmes. Je parle là de programmes pancanadiens — tels que la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, la stratégie nutritionnelle, le diabète et les programmes de compétences parentales.

Nous avons examiné ces programmes ainsi que les preuves de leur efficacité pour la promotion de la santé. Nous essayons de mettre à l'essai l'examen des mécanismes et des contextes complexes et de les relier aux résultats sur le plan de la santé de la population. Les recherches antérieures fournissaient un cadre logique qui comporte une « chaîne de résultats », depuis des résultats à court terme jusqu'aux résultats à moyen et long termes. Ce travail offre aussi un exemple de ce que je disais plus tôt au sujet du modèle de recherche en collaboration qui associe les chercheurs, les décisionnaires et les praticiens.

Nous travaillons actuellement sur un autre programme, la stratégie en matière de modes de vie sains. C'est un excellent exemple du travail que nous devrions faire. Voilà les interventions que nous devrions examiner. La difficulté tient à leur évaluation et à la nécessité de poser les questions appropriées au cours de cette évaluation, de manière à pouvoir regrouper les données de tous les programmes. Je crois que c'est très difficile à faire. Je félicite l'Agence de la santé publique du Canada et les IRSC d'avoir entrepris ce genre de travail, mais il en faudrait plus.

**Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique, ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario :** Je vous remercie vivement de m'offrir cette occasion de contribuer aux délibérations du comité sur un sujet que certains d'entre nous en Ontario en sont venus à considérer comme une question extrêmement urgente et certainement, d'une grande importance sur le plan social.



I am back in Ontario. I indicated earlier that I was ill recently and just managed to read some of the work of this committee. Having had my head deep in the sands of trying to move this issue in Ontario, I am both excited and encouraged. It is critical that this is happening at the national level.

Perhaps it is not a bad idea to give you a sense of my background and what I can bring to bear on today's discussions. First, I am not an academic like the others, but I strongly endorse virtually everything I have heard this morning. As a public servant with 20 years experience, I bring a different perspective. I have been working in the bureaucracy in Ontario for most of my career as a "horizontalist specialist," if you will. If I have any expertise to bring to bear today, that is probably where it is. I have come to be known as a director of impossible missions in Ontario; health equity happens to be the latest of them. Prior to that, I was director of results in our cabinet office as the McGuinty government sought to come to terms with some of its broad results in the health care, education and economic arenas. I have the gospel about the horizontal aspects. I also know by dint of hard experience and by the many bruises on my back, and elsewhere, which make clear the challenges associated with working horizontally.

I provided a brief slide deck overview to the committee. I focused on what we have tried to do in the area of health equity over the past year or so and what we plan to do over the next few months. I should note that I do not use the terms "population health" or "social determinants of health" — not only because the latter is difficult but also because the approach we have taken has been very much influenced by the European secondary literature and we have focused on health equity.

Health equity, or inequity in health, is recognized as an important issue across the health sector in Ontario. Recently, it has become part of the government's strategy for the health care system. It is a strategy that we have been seeking to ground in research over the past while. As it became a strategic priority for the province, the then cabinet secretary of Ontario sought to launch several initiatives to build up the policy capacity in Ontario. That is an issue at the federal government level as well. We proposed health equity as a focus for developing policy capacity.

Preliminary research allowed us to draw a couple of interrelated conclusions. First, our researchers quickly revealed that this is less an issue of health policy or narrowly understood health care than it is a matter of broader social policy, so we knew

Je suis de retour en Ontario. J'ai dit plus tôt que j'avais été malade récemment et je n'ai donc pu lire qu'une partie des documents relatifs au travail de votre comité. Moi qui ai longtemps lutté pour essayer de faire avancer cette question en Ontario, je suis à la fois touché et encouragé par ce que vous faites. Il est absolument indispensable que cela se produise au niveau national.

Il serait peut-être bon de vous donner quelques détails sur mes antécédents et de vous dire ce que je peux apporter aux discussions d'aujourd'hui. Premièrement, je ne suis pas un universitaire comme les autres témoins, mais j'appuie vigoureusement pratiquement tout ce que j'ai entendu ce matin. En tant que fonctionnaire avec 20 années d'expérience, j'apporte une perspective différente. J'ai passé la plus grande partie de ma carrière dans la bureaucratie ontarienne comme « spécialiste de l'horizontalité », si je puis m'exprimer ainsi. Si j'ai une expertise qui pourrait être utile aujourd'hui, c'est probablement dans ce domaine. Je me suis fait une réputation de directeur des missions impossibles en Ontario; il se trouve que l'équité en matière de santé est la dernière de celle-ci. Auparavant, j'étais directeur des résultats au bureau de notre cabinet lorsque le gouvernement McGuinty s'efforçait de s'adapter à certains de ces grands résultats dans le domaine des soins de santé, de l'éducation et de l'économie. Je détiens l'évangile pour tout ce qui touche à l'horizontalité. J'ai aussi appris à mes dépens et grâce aux nombreux coups reçus qui meurtrissent mon dos et d'autres parties de mon anatomie, et qui montrent clairement les difficultés liées au travail horizontal.

J'ai fourni un petit jeu d'acétates qui offrent une idée d'ensemble au comité. J'ai mis l'accent sur ce que nous avons essayé de faire dans le domaine de l'équité en matière de santé au cours des quelque 12 derniers mois et sur ce que nous avons l'intention de faire dans les prochains mois. Je dois vous faire observer que je n'utilise pas les termes « santé de la population » ou « déterminants sociaux de la santé » — non seulement parce que le second est difficile, mais parce que l'approche que nous avons adoptée a été fortement influencée par la littérature secondaire européenne et que nous avons concentré notre attention sur l'équité en matière de santé.

L'équité, ou l'iniquité en matière de santé, est reconnue comme une question importante dans l'ensemble du secteur de la santé en Ontario. C'est récemment devenu un élément de la stratégie du gouvernement pour le système de soins de santé. C'est une stratégie que nous nous sommes efforcés de fonder sur des recherches depuis quelque temps. Comme elle est devenue une priorité stratégique pour la province, le secrétaire du cabinet ontarien de l'époque a essayé de lancer plusieurs initiatives destinées à renforcer l'élaboration de politiques en Ontario. Mais c'est un problème qui se pose également au niveau fédéral. Nous avons proposé de faire de l'équité en matière de santé l'un des principaux objectifs en ce qui concerne le renforcement de la capacité à élaborer des politiques.

Les recherches préliminaires nous ont permis de tirer quelques conclusions connexes. En premier lieu, nos chercheurs n'ont pas tardé à montrer qu'il s'agit moins d'une question de politique de santé ou de soins de santé au sens étroit du terme que d'une

that we had to engage our ministries. Second, we realized that this is not really an issue of access to health care as such — although that is a significant issue — but, rather, an issue of health and well-being. That is a matter not exclusively within the purview of the Ministry of Health or any other ministry but, in a fundamental way, a broader outcome served by all governments.

The research project's objectives were to put in place a foundation for working horizontally and to provide a set of practical tools — that is, because we are very practical people as bureaucrats — for ministries based on evidence of what works. We are here very much influenced by the policy agenda of the Blair government between 1997 and 2003, when most of the progress on health equity was made.

We duly established the usual interdepartmental apparatus; that is, an ADMs committee that oversaw the work executed under the direction of a group of directors from the 10 concerned ministries. We have all the ministries. We have the Ministry of Finance because the funder is a critical component. All report into a committee of deputy ministers who are responsible for social policy. It was my job to drive this process and to ensure the delivery of a number of products.

We also recruited an expert panel. One thing that is characteristic of my experience of public policy-making is that we have a very disparate community of policy advice. There are think-tanks, academic institutions and then government. We knew that if we were to get the evidence that we needed, we would have to bring all three together. That is our public policy capacity, and not just here in government. Given that we are dealing with a wicked problem, namely, health equity, there is no way that any ministry or any government will have all that capacity inside to address these difficult issues to which Professor Hills, for example, referred. That is, the whole question of complexity; the subtleties associated with causation; and the difficulty of attribution, which is one of the major problems that confronts all those who seek to put in place a regime of metrics.

The key deliverables of our research initiative were a review of strategic lessons learned from other jurisdictions; a framework to guide policy development; a kit of policy levers and tools for ministries based on evidence of what works; and a framework for setting objectives and measuring success. We made progress on all fronts and continue to work towards our wrap-up report this fall. I have provided a summary of research to date before this panel. I am providing it in advance of having provided it to many assistant deputies in Ontario but I think it will not change much.

question de politique sociale plus géniale; nous avons donc compris qu'il fallait engager la participation de nos ministères. Deuxièmement, nous avons compris qu'il ne s'agit pas vraiment d'une question d'accès aux soins de santé en tant que tels — bien que ce soit important — mais plutôt d'une question de santé et de bien-être. Cela n'est donc pas exclusivement du ressort du ministère de la Santé ou de tout autre ministère, mais fondamentalement, il s'agit du résultat général recherché par tous les gouvernements.

Les objectifs du projet de recherche étaient d'offrir aux ministères une assise permettant un travail horizontal et de fournir un ensemble d'outils pratiques aux ministères — parce que les bureaucrates que nous sommes sont des gens très pratiques — en se fondant sur les preuves de ce qui fonctionne bien. Dans ce domaine, nous sommes très influencés par le programme politique du gouvernement Blair entre 1997 et 2003, époque où a été réalisé l'essentiel des progrès dans le domaine de l'équité en matière de santé.

Nous avons dûment établi le mécanisme interministériel habituel; c'est-à-dire, un comité de SMA qui supervisait le travail effectué sous la direction d'un groupe de directeurs des dix ministères concernés. Nous avons tous les ministères. Nous avons le ministère des Finances car le bailleur de fonds et une composante critique. Tous rendent compte à un comité de sous-ministres qui sont responsables de la politique sociale. Mon travail consistait à faire avancer le processus et à assurer la livraison d'un certain nombre de produits.

Nous avons également recruté un groupe d'experts. Un élément caractéristique de mon expérience de l'élaboration de politique publique est le fait que nous avons un groupe très disparate de formulation de conseils en matière de politique. Il y a des groupes de réflexion, des établissements universitaires, et le gouvernement. Nous savions que pour obtenir les données probantes dont nous avions besoin, il fallait nous réunir. Voilà ce qui représente notre capacité en matière de politique publique, et pas simplement ici au gouvernement. Étant donné que nous avons affaire au redoutable problème que représente l'équité en matière de santé, aucun ministère ou gouvernement ne dispose des ressources internes suffisantes pour s'attaquer aux difficiles problèmes auxquels le professeur Hills, par exemple, a fait allusion, c'est-à-dire, toute la question de la complexité; les subtilités liées à la causation; et la difficulté d'attribution, qui est un des plus gros problèmes auxquels sont confrontés tous ceux qui ont un système de mesures.

Les produits livrables de notre initiative de recherche étaient les suivants : un examen des leçons stratégiques tirées par d'autres administrations; un cadre pour l'élaboration de politique; une trousse de leviers stratégiques et d'outils pour les ministères constituée en fonction des preuves de ce qui fonctionne; un cadre pour l'établissement d'objectifs et la mesure du succès. Nous avons réalisé des progrès sur les trois plans et nous continuons à préparer notre compte rendu pour cet automne. J'ai soumis à ce groupe un résumé des recherches effectuées jusqu'à présent. Je le fais avant de les communiquer à de nombreux sous-ministres en Ontario mais je crois que cela ne changera pas grand-chose.



Although our public service colleagues were familiar with the notion of social determinants of health — and, I mean here talking across ministries — they were much less familiar with the notion of health equity and all that imports. Moreover, we discovered that at least some colleagues felt that this was just about health and asked: What has that to do with our business? Thus, there was an education job to do. That should not be underestimated.

In our first research report, we reported on lessons to be learned at the strategic level from the European nations that had made the most progress on this issue. I know this committee has been examining the same countries as well; it is the usual gang of suspects from Scandinavia and the U.K. Some of these lessons are summarized on page 5, but you have done formidable work in that area already.

Our second report proposed a goal of reducing disparities, essentially a modification of the goals proposed by the World Health Organization and the European Union, with policy action focused on levelling up the gradient. In response to the reasonable argument, from elsewhere in the Ontario public service, that this was all about health, we responded in two ways. First, relying on the work of Amartya Sen and the World Health Organization, we pointed out that health is a sensitive indicator of societal conditions. That is, health provides an entry point for policy. However, it is not the only one, because we can demonstrate gradients in other fields as well. Education is a good example of that. Since health is the entry point, the focus should be on social and economic policy domains, not exclusively on health policy domains.

Second, we subtly shifted the goal from achieving greater equity in health to achieving greater equity in health and being-well. The big lesson for us is that it is about health, not health care, and we are all responsible for enabling better health as a fundamental capability. This has very important implications for how government structures policy-making and policy execution.

Our research has generated lessons about horizontal policy-making. We in the public service talk about horizontality a great deal, but it is hard to do, and there are very few examples worldwide where it has been successful. The one in Ontario that we point to is the smart growth initiative, and there are some lessons to be learned from that. We do have a couple of home-grown examples; there is at least one in Ontario, and I am aware of others in Canada.

Bien que la notion de déterminants sociaux de la santé soit bien connue de nos collègues de la fonction publique — je veux dire par là, dans tous les ministères — ceux-ci étaient beaucoup moins au courant de la notion d'équité en matière de santé et de tout ce que cela représente. En outre, nous avons découvert qu'au moins certains de nos collègues pensaient qu'il s'agissait uniquement de la santé et demandaient : Quel est le rapport avec ce que nous faisons? Il y avait donc un travail d'éducation à faire. Il ne faudrait pas le sous-estimer.

Dans notre premier rapport de recherche, nous avons fait état de leçons à tirer, au niveau stratégique, de l'expérience des nations européennes qui ont réalisé le plus de progrès dans ce domaine. Je sais que le comité a également étudié ce que font ces pays. Comme prévu, il s'agit du Royaume-Uni et des pays scandinaves. Certaines de ces leçons sont résumées à la page 5, mais vous avez déjà effectué un énorme travail dans ce domaine.

Notre second rapport proposait un objectif de réduction des disparités, essentiellement une modification des objectifs proposés par l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne, en prenant des mesures stratégiques axées sur le nivellement du gradient. En réponse à l'argument justifié émanant d'une autre source de la fonction publique ontarienne, selon lequel il s'agissait uniquement du domaine de la santé, nous avons répondu de deux façons. Premièrement, en nous appuyant sur le travail d'Amartya Sen et de l'Organisation mondiale de la santé, nous avons fait observer que la santé est un indicateur sensible des conditions sociétales. C'est-à-dire que la santé fournit un point d'entrée stratégique. L'équité en matière de santé est le point de départ pour la politique. Ce n'est cependant pas le seul, car nous pouvons démontrer l'existence de gradients dans d'autres domaines. Celui de l'éducation en est un bon exemple. Comme la santé est le point d'entrée, nous devrions concentrer notre attention sur les domaines touchant à la politique socio-économique et pas exclusivement sur ceux de la politique en matière de santé.

Deuxièmement, nous avons très légèrement réorienté l'objectif : au lieu de rechercher une plus grande équité en matière de santé, nous avons recherché une plus grande équité dans le domaine de la santé et du bien-être. La grande leçon que nous en avons tirée est qu'il s'agit de la santé, et non pas des soins de santé, et que nous sommes tous responsables de faire en sorte qu'une meilleure santé soit une capacité fondamentale. Cela a des répercussions très importantes sur la manière dont le gouvernement structure l'élaboration et l'exécution des politiques.

Nos recherches ont permis de tirer des leçons au sujet de l'élaboration horizontale des politiques. Dans la fonction publique, nous parlons beaucoup d'horizontalité, mais elle est difficile à réaliser, et il y a très peu d'exemples dans le monde où elle a été un succès. En Ontario, nous donnons l'exemple du groupe spécial Croissance intelligente, et il y a des leçons à en tirer. Nous avons au moins quelques exemples de chez nous à offrir; il y en a au moins un en Ontario, et je sais qu'il y en a d'autres au Canada.



Our research has also generated lessons about performance measurements in this area. We know that measuring performance is important, but it, too, is hard to do — harder than most people will allow, in my my personal opinion, particularly where the relationship between investments and outcomes is subtle and hard to trace. You have had plenty of evidence to that effect.

My current job is in the rather mysteriously entitled Strategic Alignment Branch. The job is rather innovative. I am responsible for bringing together health outcomes and health investments much more effectively. Of course, the argument in the background is challenges to the fiscal sustainability of our health care system.

The difficulty with metrics in the health equity area, of course, is that attribution is a great challenge. There are people more expert in that than I, but the secondary literature is full of the subtleties associated with it. In Ontario, we tried to promote an input-output model put forward by the Swedish scholar Finn Diederichsen a few years ago. That will be in the research annals. The difficulty with talking about models tracing inputs and outputs is that it is almost impossible for anyone to understand what is going on. Imagine trying to explain that to a committee of cabinet.

Why is this? As I said earlier, among wicked problems that states have to deal with today, it is probable that health inequity is among the most wicked of all. Although we suspected the existence in Ontario of a social gradient in health that was pervasive and durable, we had no evidence of that gradient either, so we had to get that. On the final slide of my deck, I have provided a portrait of the gradient in Ontario produced by a study that the Ministry of Health has commissioned. The study has not yet been published, but I ventured to provide some of this. I was speaking about this initiative to a group of health executives about a year ago. I was on a panel with Noralou Roos, who has appeared before you. She was asked the question, “How do you know there is a gradient in Ontario like there is in Manitoba? I need not to tell you what Noralou’s response was to that.

We now have evidence of that and we are working to deepen the evidence, because we know that if we are going to be measuring these phenomena we need a baseline, we need some form of goal or target, and we need to have effective indicators that are telling us where we are going. In order to do that we need the kind of hard-nosed policy evidence to which my predecessor commentator referred to.

We now have the beginnings of a foundation for doing health equity work in Ontario, but we have a very long way to go. These are research initiatives.

Nos recherches ont également permis de tirer des leçons au sujet des mesures de rendement dans ce domaine. Nous savons que la mesure du rendement est importante, mais qu’elle est aussi difficile — plus difficile que la plupart des gens le reconnaissent, à mon avis, en particulier lorsque le rapport entre les investissements et les résultats est subtil et difficile à repérer. C’est amplement prouvé.

Je travaille actuellement dans une direction au nom assez mystérieux, la Direction de l’harmonisation stratégique. C’est un travail assez novateur. Ma tâche consiste à établir de manière beaucoup plus efficace le rapport entre les résultats en matière de santé et les investissements dans le même domaine. Bien entendu, l’argument derrière tout cela est que la durabilité financière de notre système de soins de santé se trouve mise en cause.

La difficulté en ce qui concerne les mesures d’évaluation dans le domaine de l’équité en matière de santé tient naturellement au fait que l’attribution est extrêmement difficile. Il y a des personnes plus compétentes que moi dans ce domaine, mais la littérature secondaire abonde en subtilités sur ce plan. En Ontario, nous avons essayé de promouvoir un modèle intrants-extrants proposé par l’universitaire écossais, Finn Diederichsen, il y a quelques années. On trouvera cela dans les annales de la recherche. La difficulté, lorsque l’on parle de modèles de détermination des intrants et des extrants, est qu’il est presque impossible pour qui que ce soit de comprendre ce qui se passe. Imaginez avoir à expliquer cela à un comité du Cabinet.

Pourquoi? Comme je viens de le dire, il est probable que l’iniquité en matière de santé est un des problèmes les plus épineux auxquels les États ont affaire aujourd’hui. Bien que nous soupçonnions l’existence en Ontario, d’un gradient social général et durable dans le domaine de la santé, nous n’en avons pas non plus la preuve et nous avons donc été obligés de la trouver. Le dernier acétate de ma série présente un tableau du gradient en Ontario établi par une étude commanditée par le ministère de la Santé. Cette étude n’a pas encore été publiée, mais je me suis permis d’en présenter certains éléments. Je parlais de cette initiative à un groupe de représentants des autorités de la santé il y a environ un an. Je faisais partie d’un groupe avec Noralou Roos, qui a comparu devant vous. On lui avait posé la question suivante, « Comment savez-vous qu’il y a une disparité en Ontario comme celle qui existe au Manitoba? » Inutile de vous dire ce que Noralou a répondu.

Nous en avons maintenant la preuve et nous nous efforçons de l’étayer, car nous savons que pour mesurer ces phénomènes, nous avons besoin de pouvoir nous fonder sur une base de données. Nous avons besoin d’un but ou d’une cible quelconque et nous avons besoin d’indicateurs efficaces qui nous permettent de savoir où nous allons. Pour le faire, nous avons besoin du genre de données stratégiques solides auxquelles la personne qui m’a précédé a fait allusion.

Nous disposons maintenant des premiers éléments d’une assise pour étudier l’équité en matière de santé en Ontario mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire. Voilà ce que sont nos initiatives en matière de recherche.

I hope these remarks have set a useful foundation for your questions today.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Prial. We are waiting whatever information you can release. I am very much aware of this initiative. It is closely aligned to our thinking and what we intend to recommend, unless witnesses convince us otherwise. But we are moving towards a whole-of-government approach recommendation, because we feel there is no other workable approach.

I think Ontario can be a key player. Minister Smitherman was kind enough to give me an hour of his time and I discussed this with him about two months ago to be sure that we were moving in the same direction as Ontario is moving. Of course, he has the great capacity, as deputy premier, to push a whole-of-government approach.

I want to draw you out on this. I am being a bit verbose because this is tremendously important to our thinking. We have heard from many people that this cannot be headed by health. Health is already consuming close to half the provincial budget. Other cabinet ministers are defensive about health and any more health initiatives. It probably requires another ministry.

Paradoxically, it must come out of a health initiative, because we are talking about the health of the nation. Our final report will address health disparities and how to correct them. Despite the negatives of a health minister leading this, I am not sure there is much of a choice.

I know the British model. I am going there to study it in more detail. We have video conferenced them and have heard witnesses from there and so forth.

Would you please enlighten tell us what your thinking is after all your involvement and after your very long bureaucratic career. I was saying yesterday that the importance of a report is to get all the bureaucrats on board, because governments keep turning over. If a report is going to have life, you have to have the bureaucratic thinking behind you, because that is the foundation for any government. Please tell what you think about the construction of an all-of-government approach, starting at the top with the federal level, going down to provincial, civic, and community governance.

**Mr. Prial:** A whole-of-government approach has to come to terms with a number of fundamental barriers to that approach. We will call them key barriers to horizontality, if you will. I will talk about where the barriers are before getting into what we might be doing about them. This is based on a review of most of the literature on the topic of horizontality that has been published in a couple of languages, mostly English, over the last 15 years and, as I said, the scars on my back.

J'espère que ces remarques constitueront une base de départ utile pour vos questions aujourd'hui.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Prial. Nous attendons toutes les informations que vous pourrez nous fournir. Je suis tout à fait au courant de cette initiative. Elle correspond de très près à ce que nous pensons et à ce que nous avons l'intention de recommander, à moins que les témoins ne nous convainquent du contraire. Nous penchons cependant en faveur d'une approche pangouvernementale, car elle est la seule qui puisse fonctionner.

À mon avis, l'Ontario peut jouer un rôle clé. Le ministre Smitherman a bien voulu m'accorder une heure d'entretien au cours de laquelle j'ai discuté de cette question avec lui, il y a environ deux mois, pour être sûr que notre approche concordait avec celle de l'Ontario. Bien entendu, M. Smitherman est particulièrement bien placé, en tant que vice-premier ministre, pour promouvoir une approche pangouvernementale.

Je voudrais avoir votre avis là-dessus. Je m'attarde un peu sur la question, car c'est un élément extrêmement important de notre réflexion. De nombreuses personnes nous ont dit que la santé ne peut pas tenir le premier rôle. Elle absorbe déjà près de la moitié du budget provincial. D'autres ministres se montrent réticents au sujet de la santé et d'autres initiatives dans ce domaine. Ce qu'il faudrait probablement, c'est un autre ministère.

Paradoxalement, il faudrait partir d'une initiative en matière de santé, car nous parlons là de la santé de la nation. Dans notre rapport final, nous traiterons des disparités en matière de santé et de la manière de les corriger. En dépit de ce que pourrait avoir de négatif la direction d'une telle initiative par un ministre de la santé, je ne suis pas certain que nous ayons vraiment le choix.

Je connais le modèle britannique. Je dois me rendre en Angleterre pour l'étudier plus en détail. Nous avons déjà eu une vidéoconférence qui nous a permis d'entendre des témoins de là-bas.

Voudriez-vous nous dire ce que vous en pensez, compte tenu du rôle que vous avez joué dans ce domaine et de votre très longue carrière bureaucratique. Je disais hier que ce qui est important pour un rapport, c'est d'obtenir l'aval de tous les bureaucrates, car les gouvernements changent constamment. Pour qu'un rapport puisse donner des résultats concrets, il faut que les bureaucrates l'approuvent, car c'est le fondement même de tout gouvernement. Veuillez donc nous dire ce que vous pensez de l'établissement d'une approche pangouvernementale, qui commencerait au sommet au niveau fédéral et descendrait au niveau de la gouvernance provinciale, municipale et communautaire.

**M. Prial :** Une approche gouvernementale doit tenir compte d'un certain nombre d'obstacles fondamentaux. Appelons-les les obstacles clés à l'horizontalité, si vous voulez. Je vous dirai où se trouvent ces obstacles avant d'en venir à ce que nous pourrions faire pour les éliminer. Je me fonde à ce sujet sur un examen de la plupart des études faites sur la question de l'horizontalité qui ont été publiées en deux ou trois langues, surtout en anglais, au cours des 15 dernières années et je vous parlerai aussi, comme je l'ai déjà dit, des marques que cela a laissées sur moi.



A key barrier is the way we organize the departments, as you know. All our major issues are not organized around departmental lines, but we are, and there is a certain type of relentlessness associated — a sort of steel trap of pre-existing conditions — with the structure of public finances that has no bearing on the way problems are organized and how solutions could be organized. There is the structure of decision making, more than 200 years of Westminster model; politics and power; and bureaucratic incentives. All of those have to be considered from different perspectives.

Second, we in government frequently have a hard time having a clear idea of our objectives. We need much greater clarity in what we are trying to accomplish. Of course, that is been a major focus in all the European jurisdictions. They resort to legislation. However, I am a lawyer by training, so some of my legal work in the past has involved how to get governments out of situations in which they do not really obey their own laws. Legislation is not a panacea; it is a tool, along with many other tools that are available.

Clarity around goals is elusive, and that is why it is critically important to achieve, if we can, a national consensus on what it is we are trying to accomplish. The issue, as we have heard, is complex, but just to say it is complex should not preclude the articulation of what it is we want to achieve.

Third, measuring performance is critical, but it is much harder than most people allow. It is very resource intensive. The biggest issue is attribution, and particularly in dealing with the complexities of reporting on performance, that crosses department lines and fields of expertise.

Professor Johnson referred to the importance of allowing for evaluation. I was at one time responsible for launching a program evaluation in the Ontario government. I learned in that process just how difficult it is to evaluate programs. It is a very costly enterprise, even if you develop, as we did, short-cut approaches to manage costs. When we fund programs in government, we never fund them beyond what we think we can get away with. They are never funded so that you can actually evaluate them. I have sought to get, from time to time, funding for evaluation in itself, because it is costly. There are strong reasons why governments do not want programs evaluated, and I can leave it to your imaginations.

Horizontal coordination of policy formation is a challenge. Some of that has to do with the way we structure bureaucracies, the old charges of specialism — the stuff that goes back to

Comme vous le savez, un des obstacles clés est la manière dont nous organisons les ministères. Tous les gros problèmes auxquels nous sommes confrontés ne sont pas organisés en fonction des structures des ministères, mais nous le sommes, et un certain type d'implacabilité — une sorte de carcan de conditions préexistantes — est lié à la structure des finances publiques qui n'a rien à voir avec la manière dont les problèmes sont structurés et les solutions pourraient l'être. Il y a la structure des prises de décisions, plus de 200 années d'utilisation du modèle de Westminster; la politique et le pouvoir; les mesures d'encouragement aux bureaucrates. Tout cela doit être examiné sous des angles différents.

Deuxièmement, au gouvernement nous avons fréquemment des difficultés à nous faire une idée claire de nos objectifs. Nous avons besoin de beaucoup plus de clarté dans ce que nous essayons d'accomplir. Bien entendu, cela a été une des grandes préoccupations de toutes les administrations européennes. Celles-ci se rabattent sur l'adoption de lois. Je suis cependant avocat de formation et, dans le passé, j'ai parfois été appelé à aider des gouvernements à se sortir de situations dans lesquelles ils ne respectent pas vraiment leurs propres lois. Légiférer n'est pas une panacée; c'est un outil, parmi beaucoup d'autres qui sont disponibles.

Il est difficile d'établir des buts précis, et c'est pourquoi il est extrêmement important de parvenir, si c'est possible, à un consensus national sur ce que nous essayons d'accomplir. Comme on l'a dit, c'est une question complexe, mais se contenter de le dire ne devrait pas nous empêcher de définir clairement nos objectifs.

Troisièmement, la mesure du rendement est critique, mais elle est beaucoup plus difficile à réaliser que la plupart des gens le reconnaissent. Elle demande beaucoup de ressources. La plus grosse difficulté est celle de l'attribution, en particulier lorsqu'on s'attaque à la tâche complexe de la présentation d'un rapport sur le rendement, qui recoupe les activités des ministères et les domaines d'expertise.

Le professeur Johnson a dit combien il était important de faire une place à l'évaluation. À une certaine époque, j'étais responsable du lancement d'une évaluation de programme au gouvernement ontarien. Ce processus m'a appris combien il est difficile d'évaluer des programmes. C'est une entreprise très coûteuse, même lorsque vous utilisez, comme nous l'avons fait, des raccourcis pour gérer les coûts. Lorsque nous finançons des programmes au gouvernement, nous n'allons jamais plus loin que ce qui nous paraît tolérable. Les programmes ne sont jamais financés de manière à en permettre l'évaluation. J'ai cherché, de temps à autre, à obtenir des fonds pour réaliser une évaluation, car cela coûte cher. Il y a de fortes raisons pour que les gouvernements ne veuillent pas que les programmes soient évalués, et je laisserai le soin à votre imagination de vous dire pourquoi.

La coordination horizontale de la formation de politiques est difficile. Cela tient en partie à la manière dont nous structurons les bureaucraties, les vieilles accusations de « spécialiste » — tout



Niskanen — specialism, segmentation of expertise. The response to that is incentives, education, communication and overall commitment to a common set of goals.

The fifth challenge is horizontal coordination of execution. One example is in Great Britain and all these local area-based policies. Many of these were launched between 1998 and 2001, and by the time you get to 2002 and want to evaluate what these area-based policies have achieved, you realize that they are all bumping into one another. There is lack of effective governance at the local level.

The final challenge is a lack of consensus in what we mean by accountability and the presence of a strong audit culture, no risk-taking. That has to do with ways we conceive of policy, or that affects how we conceive of policy.

The British experience, in our view, suggests that one important approach is to experiment, try what works. If we are talking about working based on evidence of what works, you do not know what works until you test it, and that means a rather different approach to how we conceive of implementing government policy.

I hope that gives some sense of the results of our experience.

**Senator Callbeck:** Thank you very much for coming this morning. Carrying on with the question that Senator Keon asked, was there any thought given to finance spearheading this initiative.

**Mr. Prial:** The best way to answer that question is that health started it. That is why we are in the driver's seat. However, we understood we needed finance to be on board. First, although they hold the money, this is really a question of broad policy, and so I would question the wisdom of just saying that Treasury, because it holds the financial reins, is the right place to situate responsibility.

**Senator Callbeck:** You mentioned having 10 departments involved and that the ADMs have a committee. Now you have had to educate those people. Are you satisfied that all 10 departments have bought into this initiative?

**Mr. Prial:** The short answer is no. I am impressed by the dedication of my fellow public servants in discharging their duties. The reality is that most of my colleagues are overloaded, so when we add on another initiative, another request from the centre, or a request from a line ministry, such as mine, to help work on some common objective, what do you think a reasonable person would do in those circumstances? Do you choose what you have to do, your urgent day-to-day needs, or will you somehow give up on that and invest time in an initiative for which you are not getting any credit? That is a simple fact of life. When you are working

ce qui remonte à Niskanen — le spécialisme, la segmentation d'expertise. La solution se trouve dans les mesures d'encouragement, l'éducation, la communication et un engagement général en faveur d'un ensemble de buts communs.

Le cinquième défi à relever est celui de la coordination horizontale de l'exécution. La Grande-Bretagne nous en donne un exemple avec toutes ces politiques locales. Beaucoup d'entre elles ont été mises en place entre 1998 et 2001, et dès 2002, lorsque vous voulez évaluer les résultats, vous vous rendez compte qu'elles tirent toutes à hue et à dia. Il y a une absence de gouvernance efficace au niveau local.

Le dernier défi est l'absence de consensus dans ce que nous entendons par responsabilisation et la présence d'une forte culture de vérification, pas de prise de risque. Cela tient à la manière dont nous concevons les politiques, ou cela influe sur la manière dont nous les concevons.

À notre avis, l'expérience britannique montre qu'il est important de recourir à l'expérimentation, de mettre à l'essai ce qui fonctionne. Si nous parlons d'utiliser des méthodes dont l'efficacité est prouvée, on ne peut pas savoir ce qui fonctionne avant d'en avoir fait l'essai, ce qui signifie qu'il faut adopter une approche assez différente de la manière dont nous concevons la mise en œuvre des politiques gouvernementales.

J'espère que cela vous donne une idée des résultats de notre expérience.

**Le sénateur Callbeck :** Je vous remercie vivement d'être venu ce matin. Pour reprendre la question du sénateur Keon, a-t-on songé à confier aux Finances la direction de cette initiative?

**M. Prial :** La meilleure façon de répondre à cette question est, de dire que c'est la Santé qui a pris l'initiative. C'est la raison pour laquelle nous sommes aux commandes. Nous avons cependant compris qu'il était nécessaire de nous assurer la participation des Finances. Premièrement, bien que ce soit les Finances qui tiennent les cordons de la bourse, il s'agit vraiment d'une politique générale et je ne pense pas qu'il soit sage de dire, sous prétexte que le Trésor a les rênes financières en main, que c'est à cette administration qu'il convient de confier la responsabilité.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit que dix ministères participaient et que les SMA ont un comité. Vous avez été obligé d'éduquer ces gens-là. Êtes-vous sûr que les dix ministères sont tous favorables à cette initiative?

**M. Prial :** En un mot, non. Je suis impressionné par le sérieux avec lequel mes collègues fonctionnaires s'acquittent de leurs tâches. En réalité, la plupart de mes collègues sont surchargés de travail; donc, lorsque vous ajoutez une autre initiative, une autre demande du centre, ou une demande d'un ministère hiérarchique tel que le mien, pour qu'ils les aident à poursuivre un objectif commun, que pensez-vous qu'une personne raisonnable ferait dans de telles circonstances? Décidez-vous de faire ce que vous avez à faire, de continuer à vous occuper des urgences quotidiennes, ou y renoncez-vous pour consacrer votre temps à

horizontally, it takes capacity and, to some extent, a bit of redundant capacity and governments do not do that. We are funded very tightly.

**Senator Callbeck:** When was the first meeting of the 10 departments? How long have you been at this?

**Mr. Prial:** We have been on this particular initiative for about a year. The first meeting was: What is this all about, why am I here and how can I justify my time? The second meeting was: What is this all about, why am I here and how can I justify my time? Those are really good questions. It is not a question of competence or blame or the fact that people do not want to work together. People do want to work together. In my experience, everyone is well motivated. I ask, what infrastructure and what superstructures do we have to support and enable the initiative?

**Senator Callbeck:** You are optimistic about this structure?

**Mr. Prial:** I am always optimistic. I am a public servant.

**Senator Callbeck:** Ms. Hills, you mentioned the need for more innovation and less redundancy when you were talking about research. What is the best way to get at this redundancy? How do we deal with that?

**Ms. Hills:** We have to pay attention to what we already know. We know a lot about disparities, but we do not take risks. We do not know what will work if we do not test it. It is easy to stay with what we already know and what we already do. It is really easy to do traditional research that is run by a researchers' own initiative. It is difficult to do research when you are partnering with a policy person who has a totally different agenda. We have learned much by working with policy people.

One of the initiatives right now is around this whole-of-government approach, which is quite interesting. You will know that in B.C. they have taken up this approach. CIHR, in collaboration with the government, has said that this is innovation, but we need to evaluate it; we need to know what is working and what is not. There are some interesting nuances, such as that it is not in the Department of Health any more, and it used to be. What does that mean? It will answer some of the very questions that Senator Keon was asking.

Regarding the idea of partnership and working together, we will never be successful if we cannot get education. Look at what occurs with youth in the schools. If you do not have education on board, how do you even have access? Earlier I was talking about nutrition and various programs. We have a huge dilemma around this intersectoral collaboration.

une initiative dont vous ne retirerez aucun crédit; c'est la réalité pure et simple. Lorsque vous travaillez horizontalement, il faut que la capacité existe et, dans une certaine mesure, il faut aussi une petite capacité de réserve, ce dont ne disposent pas nos gouvernements. Nos ressources financières sont calculées au plus juste.

**Le sénateur Callbeck :** Quand a eu lieu la première réunion des dix ministères? Depuis combien de temps vous occupez-vous de cela?

**M. Prial :** Depuis un an environ. La première réunion avait pour objet de répondre aux questions suivantes : De quoi s'agit-il, pourquoi suis-je ici et comment puis-je justifier le temps que j'y consacre? À la seconde réunion, les questions ont été exactement les mêmes. Ce sont des questions très pertinentes. Il ne s'agit pas de compétences ou de blâme ou du fait que les gens ne veulent pas travailler ensemble. Les gens sont tout à fait prêts à le faire. L'expérience m'a appris que tout le monde est motivé. Je vous le demande, quelle infrastructure et quelles superstructures avons-nous pour soutenir et permettre la réalisation de cette initiative?

**Le sénateur Callbeck :** Êtes-vous optimiste à ce sujet?

**M. Prial :** Je suis toujours optimiste. Je suis fonctionnaire.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Hills, lorsque vous parliez de recherche, vous avez dit que l'on avait besoin de plus d'innovation et de moins de redondance. Quelle est la meilleure façon d'éviter celle-ci? Comment procéder?

**Mme Hills :** Il faut prêter attention à ce que nous savons déjà. Nous savons beaucoup de choses au sujet des disparités, mais nous ne prenons pas de risques. Nous ne savons pas ce qui va fonctionner si nous n'en faisons pas préalablement l'essai. Il est facile de se cantonner dans ce que nous savons déjà et ce que nous faisons déjà. Il est vraiment facile d'effectuer une recherche traditionnelle guidée par l'initiative d'un chercheur. Mais il est difficile de faire de la recherche lorsque votre partenaire est un spécialiste en matière de politiques et qu'il a un objectif totalement différent. Travailler avec ces gens-là nous a beaucoup appris.

Une des initiatives actuelles concerne cette approche pangouvernementale, ce qui est fort intéressant. Vous savez certainement que c'est l'approche adoptée en Colombie-Britannique. Les IRSC, en collaboration avec le gouvernement, ont dit que c'est de l'innovation, mais il faut l'évaluer; il est indispensable de savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il y a quelques nuances intéressantes, par exemple le fait que ce n'est plus le ministère de la Santé qui est responsable comme c'était le cas auparavant. Que cela signifie-t-il? Cela permettra de répondre à certaines des questions posées par le sénateur Keon.

L'idée de partenariat et de travail en coopération ne fonctionnera jamais sans l'éducation. Voyez ce qui arrive aux jeunes dans les écoles. Sans la participation des autorités dans le domaine de l'éducation, comment même pouvoir y avoir accès? J'ai parlé tout à l'heure de nutrition et de divers autres programmes. Cette collaboration intersectorielle crée un énorme dilemme.



**Senator Callbeck:** You mentioned in your comments that researchers should not dictate the research questions or the process. Who should take the lead?

**Ms. Hills:** The community, the policy person, the person who has the issue should take the lead. It has to do with your question. If I am going to do policy research, there is no point in me, as a researcher, saying what I am interested in because I will never be able to satisfy your questions. I also think people who work with policy have very different questions than researchers have. We are trying to look at return on investment. We fund community initiatives and we need to know what the return is.

**Senator Callbeck:** You mentioned a project between the Public Health Agency and the Canadian Consortium of Health Promotion Research. Is that an ongoing project? Is there a specific time frame on that?

**Ms. Hills:** We have worked on it for the past four years and there is new funding for another three years. This time, it will be related to policy and creating a policy index of effectiveness. We know about the return on investment, so we will have much more of a focus on that. It will be presented to Treasury Board next spring, as I understand.

**Senator Callbeck:** You have three-year funding in place right now?

**Ms. Hills:** Yes.

**Senator Callbeck:** Will it be presented to Treasury Board for ongoing funding?

**Ms. Hills:** I have to back up for a minute because the whole reason this project was funded in the first place was because federally we fund these community initiatives, all kinds of them, hundreds of them, and we spend a lot of money doing so. However, the auditor's report asked: What are we getting out of this? We did not have good evidence that there was an impact on health. That is why the project was started. After four years of development, we are now ready to tackle the more difficult policy questions.

**Senator Callbeck:** That is funded now for three years and then you have to go back to Treasury Board. Is that right?

**Ms. Hills:** Yes.

**Senator Callbeck:** Ms. Johnson, you talked about a national strategy and that we need national leadership. Do you suggest that the Department of Health take the lead?

**Ms. Johnson:** Because this is a health issue of society, as Senator Keon mentioned earlier, I think health should take the lead, but it should be intersectoral. We have talked about the challenges associated with working horizontally.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit que ce ne sont pas les chercheurs qui devraient dicter les questions relatives à la recherche ou le processus. Qui devrait prendre l'initiative?

**Mme Hills :** La collectivité, la personne chargée des politiques, la personne qui a le problème devrait prendre l'initiative. Cela a rapport à votre question. Si je veux faire de la recherche sur les politiques, il ne sert à rien qu'en tant que chercheuse, je dise ce qui m'intéresse, parce que je ne serai jamais en mesure de répondre de manière satisfaisante à vos questions. Je pense aussi que les personnes qui travaillent dans le domaine des politiques ont à résoudre des questions tout à fait différentes de celles des chercheurs. Ce qui nous intéresse, c'est le rendement d'un investissement. Nous finançons des initiatives communautaires et il est indispensable que nous en connaissions le rendement.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez parlé d'un projet coentreprise par l'Agence de santé publique du Canada et le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé. S'agit-il d'un projet en cours? Y a-t-il un calendrier spécifique?

**Mme Hills :** Nous travaillons sur ce projet depuis quatre ans et nous avons obtenu de nouveaux fonds pour trois années supplémentaires. Cette fois, le projet sera lié aux politiques et à la création d'un indice d'efficacité. Comme nous connaissons le rendement de l'investissement, nous nous concentrerons beaucoup plus là-dessus. Je crois que le rapport sera présenté au Conseil du Trésor au printemps prochain.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez obtenu un financement sur trois ans?

**Mme Hills :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Y aura-t-il une demande de financement permanent au Conseil du Trésor?

**Mme Hills :** Je dois revenir un peu en arrière, parce que la seule raison pour laquelle ce projet a été financé au départ était qu'au niveau fédéral nous finançons ces initiatives communautaires, des initiatives de toutes sortes, des centaines d'entre elles; nous dépensons beaucoup d'argent pour cela. Dans son rapport, la vérificatrice demandait : qu'en tirons-nous? Nous n'avions pas de preuve tangible que cela avait un impact sur la santé. C'est la raison pour laquelle le projet a été entrepris. Au bout de quatre ans, nous sommes maintenant prêts à nous attaquer aux questions de politique plus difficiles.

**Le sénateur Callbeck :** Ce projet est donc financé pour les trois prochaines années, après quoi vous serez obligé de faire une nouvelle demande au Conseil du Trésor. C'est bien cela?

**Mme Hills :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Johnson, vous avez parlé d'une stratégie nationale et dit que nous avons besoin d'un leadership national. Pensez-vous que c'est le ministère de la Santé qui devrait l'assumer?

**Mme Johnson :** S'agissant d'une question de santé sociétale comme l'a dit le plus tôt le sénateur Keon, je crois que c'est le ministère de la Santé qui devrait en prendre la direction, mais il faudrait que ce soit une entreprise intersectorielle. Nous avons déjà parlé des difficultés que représente le travail horizontal.



If organizations such as CIHR, in partnership with the Public Health Agency of Canada, could take the leadership with perhaps subcommittees or a provincial working group in order to get a feel for what is happening and to integrate the framework, that might work well. Someone must take leadership, and the Department of Health seems to be the obvious choice, at least in my mind.

**Senator Callbeck:** I have one other question on the Institute for Population and Public Health. You mentioned the funding. Has funding increased or decreased or has it stayed about the same over the last few years?

**Ms. Johnson:** The funding has increased slightly, but the capacity of researchers and the number of applications has gone up tremendously, so that has brought the equation down in terms of success rates. It is a matter of not enough increase in funding and quite an increase in the number of researchers.

**Senator Callbeck:** It has gone down immensely.

[Translation]

**Ms. De Koninck:** Research needs are absolutely not being met right now. It was mentioned that it is extremely difficult to get funding for research in the social sciences and health. And when the research institutes were established in Canada, there had to be considerable openness to the social sciences; there was a little. As I said earlier, if you compare biomedical research with research in the social sciences, communities, health promotion and so on, no comparison is possible. I want to emphasize that because we talked about health costs. It is increasingly acknowledged that people who wind up in hospital represent a high cost; a large part of the work can be done before that, which costs a lot less.

Without talking about social justice, equity and all our great principles, talking strictly about costs from a pragmatic standpoint, everything that is invested in prevention and addressing the social inequalities of health prevents us from paying 10, 15, 20 times the costs we will have in the health system.

In that regard, and this somewhat addresses your concern as a person working in the public service, the world of health, medicine and health care must be made aware of the social aspects of the creation of health problems. It can be understood that, if health people sit around a table and you talk to them about the social field, community organization, help with children's homework and even public nutrition, those people may wonder: what am I doing here? An enormous amount of work must be done, and that has to start with training for health professionals.

At Laval University, we have a new medical program, a new course for which I am jointly responsible and which is called Doctors, Medicine and Society. Starting in the first years of medicine, they will hear about social inequality and social determinants. If doctors, nurses, nutritionists, all those who work in the public service in health, are enabled to gain a better understanding of the genesis of health problems from a social and

Si des organisations telles que les IRSC, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, pouvaient assumer le leadership avec, peut-être, des sous-comités ou un groupe de travail provincial, pour se faire une idée de ce qui se passe, et pour intégrer le cadre, cela pourrait donner de bons résultats. Il faut que quelqu'un assume ce leadership, et du moins, à mon avis, le ministère de la Santé semble être le choix évident.

**Le sénateur Callbeck :** J'ai une autre question à poser au sujet de l'Institut de la santé publique et des populations. Vous avez parlé du financement. A-t-il augmenté, diminué ou est-il demeuré à peu près le même au cours de ces dernières années?

**Mme Johnson :** Le financement a légèrement augmenté, mais la capacité des chercheurs et le nombre de demandes ont énormément augmenté, ce qui a réduit l'équation en termes de taux de réussite. C'est une question d'augmentation insuffisante du financement et d'augmentation sensible du nombre de chercheurs.

**Le sénateur Callbeck :** Il a considérablement diminué.

[Français]

**Mme De Koninck :** On ne répond absolument pas aux besoins de recherche à l'heure actuelle. Il a été mentionné que la recherche en sciences sociales et en santé, c'est extrêmement difficile de se faire financer. Et lorsqu'on a créé les instituts de recherche au Canada, il devait y avoir une grande ouverture vers les sciences sociales; il y en a eu un peu. Comme je le disais tout à l'heure, si on compare la recherche en biomédical par rapport en sciences sociales, communautaires, promotion de la santé, et cetera, il n'y a pas de comparaisons possibles. Je tiens à insister là-dessus parce qu'on a parlé des coûts en santé. On reconnaît de plus en plus que les personnes qui se ramassent à l'hôpital coûtent cher, il y a une bonne partie du travail qui peut être fait avant. Ce qui coûte beaucoup moins cher.

Sans parler de justice sociale, d'équité, et tous nos beaux principes, en parlant strictement de façon pragmatique de coût, tout ce qu'on investit dans la prévention en s'attaquant aux inégalités sociales de santé, cela nous évite 10, 15, 20 fois les coûts qu'on aura dans le système de santé.

Par rapport à cela, cela rejoint un peu votre préoccupation comme personne travaillant dans la fonction publique, le monde de la santé, de la médecine et des soins de santé, doit être sensibilisé aux dimensions sociales de la création des problèmes de santé. Cela se comprend que les gens de santé arrivent autour d'une table, on leur parle du domaine social, d'organisation communautaire, d'aide aux devoirs des enfants, même de nutrition publique, ces gens se demandent : Qu'est-ce que je fais ici? Il y a un énorme travail qui doit être fait et cela doit commencer dans la formation des professionnels de la santé.

À l'Université Laval, on a un nouveau programme en médecine, un nouveau cours dont je suis coresponsable et qui s'appelle médecin, médecine et société. Dès les premières années de médecine, ils vont entendre parler d'inégalité sociale et de déterminant sociaux. Les médecins, les infirmières, les nutritionnistes, tous ceux qui œuvrent dans la fonction publique en santé, si on leur permet de mieux comprendre la genèse des

economic standpoint, they will definitely be more convinced that their work has an impact on health and will be involved to a much more significant degree.

[English]

**The Chair:** Ms. De Koninck, I would like to comment on what you have said. We have asked the Conference Board of Canada to develop a business case for population health and to tell us why we should embark on a major initiative in population health. They will be doing that for us.

The short answer was what you just said. For each dollar invested in population health and correction of health inequities, there is probably a savings to the health care delivery system of \$20 to \$25.

That brings me back to all four of you for your guidance here, because despite the fact that there is tremendous resistance on the part of other ministries to let health lead an all-of-government approach to population health, the big financial driver and the big initiative is seen in health. The Minister of Finance has to get his head around this as well. It is really seen in health that there can be a direct link drawn.

I think the initiative has to come out of Health Canada but we need advice on that and soon.

**Senator Cook:** Thank you all for appearing. Thank you for challenging us once again this morning on the journey we are setting out on.

Ms. De Koninck, you talked about the social aspect of research. What do you think you will find if you go upstream?

[Translation]

**Ms. De Koninck:** Are you talking about my comments on the determinants of determinants, upstream? Increasing emphasis is being placed on this in research in Europe. If we want to address the problems in a sustainable way, we have to go upstream from the determinants. So you must understand that social relations and the social dynamic of conditions lead individuals to experience unequal situations.

For example, housing and employment policies will have an impact on conditions that will have an impact. It is really a chain. If, for example, you address housing, but without considering and without anticipating what can cause negative housing developments, it will be a short-term solution.

For example, you can select people and give them an acceptable place to live, but if you do not go upstream to really plan housing policies to ensure, on a sustainable basis, that people have an acceptable roof over their heads, you can only come up

problèmes de santé sur le plan social et de l'économie, il est certain qu'à ce moment ils seront plus convaincus que leur travail aura un impact sur la santé et ils seront interpellés de façon beaucoup plus significative.

[Traduction]

**Le président :** Madame De Koninck, je voudrais faire une remarque à propos de ce que vous avez dit. Nous avons demandé au Conference Board du Canada d'effectuer une analyse de rentabilisation pour la santé de la population et de nous dire pourquoi nous devrions nous embarquer dans un grand projet concernant la santé de la population. C'est ce que le Conference Board va faire pour nous.

Vous venez de résumer la réponse en quelques mots. Pour chaque dollar investi dans la santé de la population et dans la correction des iniquités en matière de santé, il y a probablement une économie de 20 à 25 \$ pour le système de prestation de soins de santé.

Cela m'amène à nouveau à vous demander conseil à tous les quatre, car en dépit du fait qu'il y a une très forte réticence de la part des autres ministères à laisser le ministère de la Santé diriger une approche pangouvernementale à la santé de la population, le gros incitatif financier et la grande initiative concernent la santé. Il faut que le ministre des Finances se mette aussi cela dans la tête. C'est vraiment dans le domaine de la santé que l'on peut établir un lien direct.

Je crois que l'initiative doit venir de Santé Canada, mais nous avons besoin de conseils à ce sujet, et le plus vite possible.

**Le sénateur Cook :** Merci à tous d'avoir bien voulu comparaître devant nous. Merci de nous forcer encore une fois à la réflexion, ce matin, dans le voyage que nous entreprenons.

Madame De Koninck, vous avez parlé de l'aspect social de la recherche. Que pensez-vous trouver en amont?

[Français]

**Mme De Koninck :** Vous parlez de mes propos sur les déterminants des déterminants, en amont? Dans la recherche, du côté des Européens, on met de plus en plus l'accent là-dessus. Si on veut s'attaquer, de façon durable, aux problèmes, il faut aller en amont des déterminants. Donc, il faut comprendre que les rapports sociaux et la dynamique sociale des conditions font en sorte que les personnes vivront des situations inégales.

Par exemple, les politiques de logement et d'emploi vont avoir un impact sur des conditions qui, elles, auront un impact. C'est vraiment la chaîne. Si on s'attaque, par exemple, au logement, mais sans réfléchir et sans prévoir ce qui peut provoquer une évolution négative dans le logement, ce sera une solution à court terme.

Par exemple, on peut sélectionner des gens et leur donner un lieu d'habitation qui soit acceptable, mais si on ne va pas en amont pour vraiment prévoir des politiques de logement pour faire en sorte que, de façon durable, les gens aient un toit



with short-term solutions. That is why we are increasingly talking about determinants. So it is always a medium- and long-term perspective.

What my colleagues have emphasized is that, when you think and want to put approaches like this in place, first, those approaches absolutely have to be anchored in the communities in order to take into account all the dynamics, but, second, there has to be an evaluative process enabling us to monitor and put things in context. That is extremely important in the evaluation. I believe my colleagues will agree with that; the evaluation must always be put in context. You can have an approach in a community that will have certain results, and results will be different elsewhere.

[English]

**Senator Cook:** That leads me to my conversation with Ms. Johnson. In the Province of Newfoundland in the 1990s, the fisheries collapsed and our way of life collapsed forever. The working population left in search of jobs. Canada was the beneficiary of that population shift, in particular Alberta. The government of the day was very innovative and asked what could be done. They knew what needed to be done but not how to do it. They developed an IT program called, Community Accounts. It is free of charge and can be viewed on the Internet. It is fully funded through the Newfoundland and Labrador Department of Finance. The premier determined that he needed to do what was best for his people. The program was developed at Memorial University in cooperation with Newfoundland and Labrador's Statistics Agency.

The result of the program was a kind of prototype that collected the profiles of what we were as a people. We are a small province of course, making it easier perhaps. The profile of each area was added to the Community Accounts. They gathered their information from Statistics Canada and elsewhere. The database is online and whoever wishes to access it, for whatever reason, may do so, such as the police, justice officials, school lunch programs, the poverty reduction strategy, and others. It is designed at the community level.

I would like your opinion on such a prototype. Is it possible? I realize that the funding is at the provincial level, which is not an issue in my province.

Do you see such a program being offered to the provinces across this nation? Are you doing something like that in your Province of Saskatchewan?

**Ms. Johnson:** I am proud of Community Counts and the way in which the database is set up. I used that database when I was in Nova Scotia, after Newfoundland developed the model called Community Accounts.

acceptable au-dessus de leur tête, il ne pourra s'agir que de solutions à court terme. C'est pour cette raison qu'on parle de plus en plus des déterminants. C'est donc toujours une perspective à moyen et long terme.

Ce sur quoi mes collègues ont insisté, c'est que lorsqu'on réfléchit et qu'on veut mettre en place des approches comme celles-là, il faut absolument que ces approches soient, d'une part, ancrées dans les milieux pour tenir compte de toutes les dynamiques, mais, d'autre part, qu'on ait d'emblée un processus évaluatif qui nous permette de suivre et de contextualiser. Dans l'évaluation, c'est extrêmement important. Je crois que mes collègues seront d'accord avec cela; l'évaluation doit toujours être contextualisée. On peut avoir une approche dans un milieu qui aura tels résultats et, ailleurs, les résultats seront différents.

[Traduction]

**Le sénateur Cook :** Cela m'amène à ma conversation avec Mme Johnson. Dans la province de Terre-Neuve, dans les années 1990, l'industrie de la pêche s'est effondrée et notre mode de vie traditionnel a disparu à tout jamais. La population active est partie à la recherche de nouveaux emplois. Le Canada a bénéficié de ce déplacement de population, en particulier l'Alberta. Le gouvernement de l'époque a été très novateur et a demandé ce que l'on pouvait faire. Il savait ce qu'il fallait faire, mais il ne savait pas comment procéder. Il a donc élaboré un programme de TI appelé Rapports sur les collectivités. Ce programme est gratuit et peut être consulté sur Internet. Il est totalement financé par le ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador. Le premier ministre a décidé qu'il fallait qu'il fasse ce qui servait le mieux les habitants de la province. Le programme a donc été élaboré à l'Université Memorial en collaboration avec l'organisme de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador.

Le programme a permis de créer une sorte de prototype de collecte des profils de notre population. Nous sommes une petite province, bien sûr, ce qui facilite peut-être la tâche. Le profil de chaque secteur a été ajouté aux Rapports sur les collectivités. L'information recueillie provenait de Statistique Canada et d'autres sources. Il y a une base de données en ligne qui peut être consultée par tout le monde, pour quelle que raison que ce soit, par exemple la police, les fonctionnaires du ministère de la Justice, les programmes de repas santé à midi à l'école, la stratégie de réduction de la pauvreté, et d'autres. Le programme est conçu au niveau communautaire.

J'aimerais avoir votre opinion sur un tel prototype. Est-il possible? Je sais bien que son financement se fait au niveau provincial, ce qui n'est pas un problème dans ma province.

Cela vous paraîtrait-il concevable d'offrir un tel programme à toutes les provinces de la nation? Faites-vous quelque chose d'analogue en Saskatchewan?

**Mme Johnson :** Je suis fière des Rapports sur les collectivités et de la façon dont la base de données est établie. Je l'ai utilisée lorsque j'étais en Nouvelle-Écosse, après que Terre-Neuve ait élaboré le modèle appelé Rapports sur les collectivités.



The information provided a wonderful start to the regional district health authorities to be able to draw on the information that provided community-level information. We found that although it was important and useful, it was limiting. It did not have some of the indicators and information that community health boards were looking for in terms of identifying community needs, for example, information related to health literacy. Through focus groups, the communities identified that as an important issue, but they did not have any data to support it. They had educational level, but that is not a good overall indicator of health literacy. There are other contexts. An immigrant's language skills are also an indicator of literacy. I was an immigrant so people tend to speak loudly and slowly, assuming I do not understand English.

It is important to gather additional information that is perceived as important at the local levels. For example, in an Aboriginal Northern community, availability of traditional food becomes important for community planning. We need to expand on that. It is a wonderful model but it is not used in other provinces. We do not have that model in Saskatchewan. It would be helpful to have it at the national level because then you could make provincial comparisons. For example, where does the immigrant population in Saskatchewan stand compared to the immigrant population in larger urban centres? Such comparisons would not be possible if the information is localized only and not coordinated and centrally available.

**Senator Cook:** It is my understanding that in my province an advisory group programs the required information into the system. Could we use this model as a basis and then add more specific data to it?

The other thing we heard was that while we have these wonderful research agencies across the country, there are barriers to access that prevented them from getting at it the information. That is why Newfoundland proceeded to develop its own database. I would like your opinion on access to information and the surrounding barriers. Should we use the prototype?

**Ms. Johnson:** I have used large data sets from CIHI and from Statistics Canada. As well, data are available from data initiative and regional data centres but they are not broken down to the community level.

**Senator Cook:** That was their problem.

**Ms. Johnson:** We experienced that problem as well.

**Senator Cook:** How do we get around that problem?

**Ms. Johnson:** The way would be to create more linkages and to work with CIHI. That is a wonderful starting place for us. We would look at the smaller innovative models that add value to locally needed information and then bridge the gap. We do not

L'information offrait un merveilleux point de départ aux autorités sanitaires de district, car elle leur permettait d'exploiter l'information fournie au niveau communautaire. Nous avons cependant constaté que si cette information était importante et utile, elle avait un effet réducteur. Elle ne comportait pas certains des indicateurs et des informations que les comités de santé communautaire recherchaient pour identifier les besoins de la collectivité, par exemple, l'information relative à la littératie en santé. Des groupes de réflexion ont permis aux collectivités de décider qu'il s'agissait d'un problème important, mais elles n'avaient aucune donnée pour le confirmer. Elles avaient, bien sûr, le niveau d'instruction, mais ce n'est pas un bon indicateur d'ensemble de la littératie en santé. Il y a d'autres contextes. Les compétences linguistiques d'un immigrant sont également un indicateur dans ce contexte. J'étais moi-même une immigrante et les gens ont tendance à me parler lentement et fort, parce qu'ils pensent que je ne comprends pas l'anglais.

Il importe de rassembler des informations supplémentaires jugées importantes aux niveaux locaux. Par exemple, dans une collectivité autochtone et nordique, il devient important pour la planification communautaire de pouvoir avoir accès à des aliments traditionnels. Il faut aller plus loin. C'est un merveilleux modèle, mais il n'est pas utilisé dans les autres provinces. Il n'existe pas en Saskatchewan. Il serait bon de l'avoir au niveau national, car il serait alors possible de faire des comparaisons entre les provinces. Par exemple, que représente la population des immigrants en Saskatchewan par rapport à celle des immigrants dans les grands centres urbains? De telles comparaisons ne seraient pas possibles si l'information demeurait localisée au lieu d'être coordonnée et accessible grâce à une source centrale.

**Le sénateur Cook :** À ma connaissance, dans ma province, c'est un groupe de consultants qui programme l'information requise dans le système. Pourrions-nous utiliser ce modèle comme base de départ et lui ajouter ensuite des données plus spécifiques?

Nous avons également entendu dire que bien nous ayons ces merveilleux organismes de recherche dans tout le pays, il existe des obstacles qui les ont empêchés d'avoir accès à l'information. C'est la raison pour laquelle Terre-Neuve a décidé d'élaborer sa propre base de données. J'aimerais avoir votre opinion sur l'accès à l'information et sur les obstacles qui s'y opposent. Devrions-nous utiliser le prototype?

**Mme Johnson :** J'ai utilisé d'importants ensembles de données des ICIS et de Statistique Canada. On peut obtenir également des données des programmes de recherche et des centres de données régionaux, mais ces données ne seront pas ventilées au niveau communautaire.

**Le sénateur Cook :** C'était leur problème.

**Mme Johnson :** Nous avons connu le même problème.

**Le sénateur Cook :** Comment le résoudre?

**Mme Johnson :** Il faudrait créer plus de liens et travailler avec les ICIS. Voilà un merveilleux point de départ pour nous. Nous pourrions envisager d'utiliser les petits modèles novateurs qui ajoutent de la valeur à l'information dont on a besoin sur le plan

always have to go from top down. We can learn from the grassroots level and lead the innovation upward. It is extremely important that we have more coordination and integration.

**Senator Cook:** Ms. De Koninck, I heard you mention the need for curriculum or curriculum training. Would you see this as a possible model, whereby the data could be there and accessed? The users of this kind of model would be infinite. You input whatever you need.

I am interested in hearing where we should move on curriculum because if we are not teaching the deliverers of the system the skills that they need to know, then we will have failed. Do you have anything else to offer on that subject?

[Translation]

**Ms. De Koninck:** I would simply say that, before addressing the use that is made of data sources by people who provide health services, we must first take the first step, which is to achieve an awareness that health is not a strictly biological and behavioural outcome, but also a social outcome. You have to address the first stage before moving on to the second, and we have a lot of work to do in that regard.

Then, once the interest is there, of course if we can provide them with information that will help them in their work, to help reduce inequalities and improve social health, that is definitely welcome, but you have to go through a stage that I think is an enormous challenge.

That would help bridge the gap between health, health services and everything that represents people's work environment and family environment. Health workers find it hard to work hand in hand because it is difficult for them to understand how they can both work hand in hand in the health field. I think that is the challenge.

[English]

**Senator Cook:** It was the need that forced our people to work together, and I think it is a good start.

**The Chair:** You were speaking about literacy and here is the Senate's champion of literacy, Senator Fairbairn.

**Senator Fairbairn:** Thank you very much. I have been listening since I came in. I know my colleagues get a little weary of hearing this word as often as they do in this committee, and indeed the issues that we are talking about. I listened to all of you and the areas in which you are working, and most importantly the words you have been using in the last few minutes. This is very much a foundational issue for whatever else you want to build in social advancement in our country. I know all of you are very much aware of this and how it pops up.

local et nous pourrions combler ensuite les lacunes. Il n'est pas toujours nécessaire de procéder du haut vers le bas. Il y a des choses à apprendre au niveau communautaire et ce pourrait être une base de lancement de l'innovation. Il est extrêmement important d'accroître la coordination et l'intégration.

**Le sénateur Cook :** Madame De Koninck, je vous ai entendu mentionner la nécessité d'un programme d'études ou d'une activité de formation. Pensez-vous que cela constitue un modèle possible, qui permettrait d'avoir directement accès aux données? Il y aurait un nombre infini d'utilisateurs de ce genre de modèle. Vous pouvez entrer tout ce dont vous avez besoin.

Cela m'intéresserait de savoir quelle direction nous devrions prendre en ce qui concerne le programme d'études, car si nous n'enseignons pas aux prestataires du système les connaissances qu'ils ont besoin d'avoir, nous aurons échoué. Avez-vous autre chose à dire à ce sujet?

[Français]

**Mme De Koninck :** Je vous dirais simplement qu'avant d'en arriver à l'utilisation de sources de données par des gens qui dispensent les services de santé, nous devons d'abord franchir la première étape qui est une prise de conscience que la santé est une production pas strictement biologique et comportementale, mais aussi sociale. Avant de passer à la deuxième étape, il faut s'attaquer à la première et, de ce côté, nous avons beaucoup de travail à faire.

Ensuite, une fois que l'intérêt est là, bien sûr si on peut les alimenter sur le plan des informations qui vont les aider dans leur travail pour contribuer à réduire les inégalités et améliorer la santé sociale, c'est certainement bienvenu, mais il y a une étape à franchir qui, je pense, constitue un énorme défi.

Cela aiderait à briser l'ouverture qu'il y a entre la santé, les services de santé et tout ce qui représente le milieu de travail des gens et leur milieu familial. Les intervenants travaillent difficilement main dans la main parce que pour eux il est difficile de comprendre comment, main dans la main, ils travaillent tous deux dans le domaine la santé. Selon moi c'est là le défi.

[Traduction]

**Le sénateur Cook :** C'était le besoin qui nous a contraints à collaborer, et je crois que c'est un bon point de départ.

**Le président :** Vous parliez d'alphabétisation et en voici le champion, le sénateur Fairbairn.

**Le sénateur Fairbairn :** Merci beaucoup. Je vous écoute depuis mon arrivée ici. Je sais que mes collègues sont un peu las d'entendre prononcer si souvent ce mot dans ce comité, et en fait, des questions dont nous parlons. Je vous ai tous écoutés; j'ai noté les domaines dans lesquels vous travaillez et, ce qui est particulièrement important, j'ai noté les termes que vous avez utilisés au cours des cinq dernières minutes. Il s'agit vraiment d'une question fondamentale pour tout ce que vous voudriez inclure d'autre dans la promotion sociale au Canada. Je sais que vous en êtes tous très conscients de la manière dont cela se manifeste.



There were comments about working with the provinces on some of these areas in which you are particularly engaged. We have lost a lot of that in recent times. Does this come up to you from your discussions with the provinces? Without that connection from the national and provincial level, you will not get down to the ground with the efforts where they are needed the most. I am wondering if you have thoughts on that and whether you have any advice to give to us. It is like a river going through almost everything we listen to.

**Ms. Johnson:** I do not have many years of experience in population public health. In my 10 years of experience in the three provinces, I have been fortunate to have been part of three strategy development processes: The Chronic Disease Prevention Strategy in Nova Scotia; the Immigrant Strategy; and I was part of the Saskatchewan seniors' injury falls strategy in Nova Scotia. As a community health board member and a member of the district regional health authority, I was also part of the Smoke-free Nova Scotia, the tobacco reduction strategy. I found if there was leadership from the federal level, having a national strategy, it really propelled the provinces to go forward and do more. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy was instrumental for the provinces to take the lead on chronic disease and related issues of healthy eating in schools and keeping kids active and providing safer environments and so on. It propelled the agenda forward quite a bit.

I have been part of strategies where they start from the provincial level, but we do not have leadership at the national level. I see that in the seniors' injury strategies. We have one in Nova Scotia, and I was just at a meeting in Saskatchewan, where that province is in the process of developing a strategy on injury prevention. B.C. has a strategy on injury prevention.

Without the national coordination and national framework, it is difficult to find that continuity, to learn from the process. In Nova Scotia, it was such a struggle to find information for the strategy. In Saskatchewan, we are a little bit ahead in terms of being able to learn from the experiences of B.C. and Ontario. However, it would be wonderful to have a national framework on injury prevention to enable the provinces to work collaboratively to further the cause of the important issues that affect us all, population health and health disparities. Seniors' issues are very important. Falls are a leading cause of death in the elderly. I know there is another Senate committee on aging.

I think we need to coordinate those levels as well. We have had discussions and deliberations on population health, but those issues affect aging and aging populations. What is intersectorally there, horizontally at the national level, but also connect to the

On a parlé de collaboration avec les provinces dans certains des domaines dans lesquels vous êtes vous-mêmes particulièrement engagés. Nous avons beaucoup perdu sur ce plan, ces derniers temps. Cela ressort-il de vos discussions avec les provinces? Sans ce lien avec les niveaux national et provincial, vous ne parviendrez pas à faire porter les efforts là où ils sont les plus nécessaires. Avez-vous des idées à exprimer à ce sujet et des conseils à nous donner? C'est comme un même fil que l'on retrouve dans presque tout ce que nous écoutons.

**Mme Johnson :** Je n'ai pas beaucoup d'années d'expérience dans le domaine de la santé publique des populations. Au cours de mes dix années de travail dans les trois provinces, j'ai eu la chance de participer à trois processus d'élaboration d'une stratégie : la Stratégie de prévention des maladies chroniques en Nouvelle-Écosse; la Stratégie d'immigration; j'ai aussi participé à la Stratégie de prévention des chutes et des blessures des aînés de la Saskatchewan en Nouvelle-Écosse. En tant que membre d'un comité de santé communautaire et du bureau de santé régional du district, j'ai aussi fait partie de Smoke-free Nova Scotia, la stratégie antitabac. J'ai constaté que si les autorités fédérales faisaient preuve de leadership en adoptant une stratégie nationale, cela encourageait vraiment les provinces à aller de l'avant et à faire plus d'efforts. La Stratégie canadienne intégrée en matière de modes de vie a poussé les provinces à prendre des initiatives dans le domaine des maladies chroniques et des questions connexes de saine alimentation dans les écoles, de promotion des activités chez les enfants et de création d'environnements plus sûrs, et cetera. Cela a permis de faire considérablement avancer le programme.

J'ai participé à des stratégies qui débutent au niveau provincial, mais il n'y a pas de leadership au niveau national. Je le constate en ce qui concerne les stratégies de prévention des blessures chez les personnes âgées. Nous en avons une en Nouvelle-Écosse, et je viens de participer à une réunion en Saskatchewan, province qui est elle-même en train d'élaborer une stratégie de prévention des blessures. La Colombie-Britannique a également une stratégie dans ce domaine.

Sans coordination nationale et cadre national, il est difficile de trouver cette continuité, de tirer des leçons du processus. En Nouvelle-Écosse, il était terriblement difficile d'obtenir des informations pour la stratégie. En Saskatchewan, nous étions un peu mieux placés grâce à ce que nous pouvions tirer des expériences de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Il serait cependant merveilleux d'avoir un cadre national de prévention des blessures qui permettrait aux provinces de collaborer pour promouvoir le traitement des importantes questions qui nous concernent tous, la santé de la population et les disparités en matière de santé. Tout ce qui concerne les aînés a beaucoup d'importance. Les chutes sont une des principales causes de décès chez les personnes âgées. Je sais qu'il existe un autre comité sénatorial sur le vieillissement.

Je pense qu'il faut que nous coordonnions également les niveaux. Nous avons eu des discussions et des délibérations au sujet de la santé de la population, mais ces questions affectent le vieillissement et les populations vieillissantes. Nous avons là une



provincial issues as well. It is important to have it both ways, but to have the national leadership is key.

**Senator Fairbairn:** Any thoughts from others on the issue of literacy?

[Translation]

**Ms. De Koninck:** The Canadian health system reflects Canada's values, and we know it is currently under pressure. All the policies, all the tax measures that support values of fairness — when I think of fairness, I include values that concern the definition of overall health — and all the policies and orientations that can be proposed at the federal level are always very useful in enabling the provinces to implement initiatives.

In closing, I would say that it is in Canada that the research is done. That is where the money is, and that is where the major decisions on research orientations are made. The provinces subsidize research, but the major public institutions, such as the Canadian Institutes of Health Research, play a decisive role. The messages that can be sent are very important.

[English]

**Senator Fairbairn:** Ms. Hills, in your efforts over time, has this learning and understanding issue among all levels of our society been one that you have had an opportunity to take a deeper look at?

**Ms. Hills:** Yes, and I would say that most of the work has been done by Mr. Irving Rootman, my colleague at the University of Victoria. There is some interesting work happening here with the Canadian Public Health Association; there has just been an expert panel reporting on literacy and health. It is quite interesting. Mr. Rootman was CIHR chair in the area of health literacy.

We have a particular interest, probably because of my background in nursing, in health literacy as opposed to health and literacy, literacy and health. We are just doing something right now through the Canadian Council on Learning. They have set up a number of knowledge hubs across the country. University of Victoria has established a learning hub on health and learning. One of the main areas, of course, is health and literacy and health literacy. We are taking up the initiative around health literacy and creating a documentation centre around how health literacy influences self-management in chronic disease prevention.

I think there is a lot of work in this important area. If you have not talked to Mr. Irving Rootman yet, he is someone you should talk to, because he is one of the leading researchers in this area in Canada.

structure intersectorielle, horizontale au niveau national, mais qui est également liée aux questions provinciales. Il est important d'avoir les deux, mais le leadership national demeure la clé.

**Le sénateur Fairbairn :** D'autres personnes ont-elles des idées sur la question de l'alphabétisation?

[Français]

**Mme De Koninck :** Le régime de santé canadien reflète les valeurs du Canada et on sait qu'il subit actuellement des pressions. Toutes les politiques, toutes les mesures fiscales qui soutiennent des valeurs d'équité, — quand je pense à équité, j'ajoute les valeurs qui concernent la définition de la santé globale — et toutes les politiques et orientations qui peuvent être proposées au fédéral sont toujours très utiles pour que les provinces puissent mettre en œuvre des initiatives.

Pour terminer, je dirais que c'est au Canada que se fait la recherche. C'est là qu'il y a l'argent et c'est là que se prennent les grandes décisions sur le plan des orientations de recherche. Les provinces subventionnent la recherche, mais les grandes institutions canadiennes publiques, comme par exemple les Instituts de recherche en santé du Canada, jouent un rôle déterminant. Les messages qui peuvent être envoyés sont très importants.

[Traduction]

**Le sénateur Fairbairn :** Madame Hills, dans le cadre des efforts que vous avez déployés, ce problème d'apprentissage et de compréhension à tous les niveaux de notre société est-il quelque chose qu'il vous a été possible d'étudier de manière plus approfondie?

**Mme Hills :** Oui, et je dirais que le gros du travail a été effectué par M. Irving Rootman, mon collègue à l'Université de Victoria. Des travaux intéressants se font ici à l'Association canadienne de santé publique; un groupe d'experts vient de présenter un rapport sur l'alphabétisation et la santé. Il est fort intéressant. M. Rootman était président des IRSC dans le domaine de la littératie en santé.

Probablement à cause de ma formation dans le domaine infirmier, nous nous intéressons particulièrement à la littératie en santé plutôt qu'à la santé et à l'alphabétisation, ou à l'alphabétisation et la santé. En ce moment, nous faisons précisément quelque chose par le biais du Conseil canadien sur l'apprentissage. Celui-ci a créé un certain nombre de carrefours du savoir dans tout le pays. L'Université de Victoria a créé un carrefour de la santé et de l'apprentissage. Un des domaines les plus importants, naturellement, est celui de la santé et de l'alphabétisation ainsi que de la littératie en santé. Nous prenons l'initiative dans le domaine de la littératie en santé et nous créons un centre de documentation sur la manière dont elle influence l'autogestion dans la prévention des maladies chroniques.

Je crois que beaucoup de travail se fait dans ce domaine important. Si vous n'avez pas encore parlé au M. Irving Rootman, vous devriez le faire, car c'est un des principaux chercheurs dans ce domaine au Canada.

**Senator Fairbairn:** Mr. Prial, have you anything to add?

**Mr. Prial:** Not to this topic.

**The Chair:** Ms. Johnson as I mentioned in the opening, our concept of dealing with this issue of population health is the provision of a basic health platform drawn from the 12 determinants of health, even though there may be more. On top of that platform, is the human life cycle and the capability of wiring that, so to speak, to connect the existing information systems.

You mentioned a very important area, which is at the beginning of the life cycle. You have the special interest in healthy children and girls. Our report will start with parenting, then maternal health, then early childhood development and we will continue on to deal with healthy populations through the life cycle. As you mentioned, aging is very important. I am deputy chair of the Special Senate Committee on Aging so there will be continuity.

I want you to come back to girls. One of the real health disasters we have in some areas of Canada is poor maternal health. Children are being born with physical, mental and emotional disabilities. We still have children having children in Canada. The reason parenting is discussed first is, I believe, we have an obligation to educate young girls. We need to empower girls to know that they have control over their destinies and their bodies. Many of them, particularly in the poorer areas, may not realize that.

I would like you to comment on what you are doing about that concern.

**Ms. Johnson:** I have not done any work in terms of parenting. However, what Nova Scotia and Saskatchewan were looking at healthy children. We are working with the neighbourhoods in terms of resources to be physically active, to have healthy eating through the school system, et cetera. Those are the activities that we are doing in Saskatchewan.

In Nova Scotia, as well, through Active Kids, Healthy Kids, a health-promoting schools initiative, those things are happening at the behavioural level. That initiative comes under the umbrella of the social determinants of health. We are ensuring it is accessible and available to all.

One project I did in Nova Scotia looked at the nutritional risks of pregnant mothers. We had a toolkit we had developed that used card-sorting activities as to the understanding of consumption. We found that low-income mothers, who were younger, were not eating as healthily as they should. However, it was not a question of just food and availability; it was a broader question of poverty, the education level and all the other social determinants that underpin and propel the issue forward.

**Le sénateur Fairbairn :** Monsieur Prial, avez-vous quelque chose à ajouter?

**M. Prial :** Pas sur ce sujet.

**Le président :** Madame Johnson, comme je l'ai dit au tout début, pour traiter cette question de la santé de la population, nous pensons que l'on devrait établir un programme de base à partir des 12 déterminants de la santé, même s'il y en a peut-être d'autres. Sur cette base, il y a le cycle de vie et la capacité d'établir d'une connexion, pour ainsi dire, avec les systèmes d'information existants.

Vous avez mentionné un domaine très important, au début du cycle de vie. Vous vous intéressez spécialement à la santé des enfants et des filles. Dans notre rapport, nous commencerons par le rôle parental, suivi de la santé de la mère, puis du développement des jeunes enfants, après quoi, nous passerons à l'examen des populations en bonne santé pendant tout le cycle de vie. Comme vous l'avez dit, la question du vieillissement est très importante. Je suis vice-présidente du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement; il y aura donc une continuité.

Je voudrais revenir à la situation des jeunes filles. La mauvaise santé des mères est une catastrophe dans certaines régions du Canada. Les enfants naissent avec des handicaps physiques, mentaux et émotionnels. Il y a encore des mères-enfants au Canada. La raison pour laquelle nous discutons d'abord du rôle parental est, je crois, que nous avons l'obligation d'éduquer les jeunes filles. Il est indispensable de les rendre autonomes pour qu'elles sachent qu'elles sont maîtresses de leur destinée et de leur corps. Beaucoup d'entre elles, en particulier dans les zones défavorisées, ne s'en rendent peut-être pas compte.

Je souhaiterais que vous me disiez ce que vous faites à ce sujet.

**Mme Johnson :** Je n'ai pas travaillé sur la question du rôle parental. La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan s'intéressaient cependant aux enfants en bonne santé. Nous travaillons sur le plan local afin de trouver les ressources nécessaires pour que les gens demeurent physiquement actifs, pour qu'une saine alimentation soit donnée dans le système scolaire, et cetera. Voilà les activités que nous avons en Saskatchewan.

En Nouvelle-Écosse, également, grâce au programme scolaire de promotion de la santé, Active Kids, Healthy Kids (Jeunes en forme), c'est ce qui se produit au niveau du comportement. Ce programme est placé sous l'égide des déterminants sociaux de la santé. Nous faisons en sorte qu'il soit accessible et disponible pour tous.

En Nouvelle-Écosse, nous avons réalisé une étude sur les risques nutritionnels que courent les femmes enceintes. Nous avons créé une trousse comportant des jeux de cartes qui leur permettraient de comprendre ce qu'est la consommation alimentaire. Nous avons constaté que les mères à faible revenu, qui étaient plus jeunes, n'avaient pas une alimentation aussi saine qu'il l'aurait fallu. Ce n'était cependant pas une simple question de disponibilité des aliments; c'était une question plus générale de pauvreté, le niveau d'instruction et tous les autres déterminants sociaux qui sous-tendent et perpétuent le problème.



We need to work on the causes of the cause, which is repeated often, to understand the underlying causes. We need to provide more education opportunities and improve literacy. The social welfare system is another issue as well. We have done a couple of projects on affordability of food. The low-wage earners are not able to afford a healthy diet. That applies to pregnant mothers, as well; they are not able to afford a healthy diet for their own bodies or the development of their babies.

We need to look at it more multi-dimensionally as opposed to looking at parenting as consisting solely of being a bad parent and not eating the right food.

**The Chair:** Quite apart from the moral responsibility and the compassionate component, the economics of an unhealthy child are devastating. Some of them are born with disabilities they will carry throughout life, which may be a short life or one with reduced life expectancy. Regardless, during that life cycle, they will not have equal opportunities and they will be a tremendous burden on society.

Have you come across any information on the economics of unhealthy maternal situations and unhealthy children?

**Ms. Johnson:** I have seen a lot of literature on the consequences, such as the developmental issues, the social issues, and integration and being part and so on. However, I have not seen a lot on the economic consequences of early childhood development in terms of how much it costs and the additional burden to society.

We still rely on data such as life expectancy. Life expectancy does not tell us if a life is spent in good health or poor health. If the life expectancy is already compromised for those who did not have a good start in life, what portion of that is in good health and what portion is in poor health? Poor health is resource intensive and is a greater cost to the health care system.

There has been work among the elderly on that which shows that considerably high-percentage expenditure and health care access happens in the last 10 per cent of their lives; the expenditure rises quite a bit. However, I have not seen anything in children in that economic consequence part.

**The Chair:** Thank you.

[Translation]

**Ms. De Koninck:** You have raised an extremely important issue, the issue of children. That issue probably engages us to a high degree when we think of children.

Together with colleagues, we recently conducted studies on drug addict mothers, women who use drugs and become mothers. Among other things, these are women who give birth to children who are often exposed to tough conditions. What we found in our work is that the life histories of these young women could very

Il faut nous attaquer aux éléments de la cause, qui revient souvent, pour les comprendre. Il faut que nous offrions plus de possibilités d'éducation et améliorions le niveau d'alphabétisation. Le système de bien-être social est un autre problème. Nous avons réalisé deux ou trois études sur l'abordabilité des produits alimentaires. Les travailleurs à faible salaire n'ont pas les moyens de s'offrir un régime alimentaire sain. Cette constatation vaut aussi pour les femmes enceintes; elles n'ont pas les moyens d'avoir un régime alimentaire sain pour elles-mêmes et pour le développement de leurs bébés.

Il faut que nous examinions la question dans une perspective plus multidimensionnelle au lieu de considérer que le rôle parental se réduit à être un mauvais parent et à ne pas avoir l'alimentation appropriée.

**Le président :** En dehors de la responsabilité morale et de l'élément de compassion, les conséquences économiques de la mauvaise santé chez l'enfant sont désastreuses. Certains enfants naissent avec des handicaps qu'ils conservent toute leur vie; ils ont une vie qui peut être brève ou une expérience de vie peut-être réduite. Quoi qu'il en soit, au cours de leur vie, ils ne lutteront pas à armes égales et constitueront un énorme fardeau pour la société.

Avez-vous trouvé des informations sur les conséquences économiques d'une mauvaise santé chez les mères et chez les enfants?

**Mme Johnson :** J'ai vu beaucoup d'études sur leurs conséquences, notamment les problèmes de développement, les problèmes sociaux, les difficultés d'intégration, et cetera. Je n'ai cependant pas vu grand-chose sur les conséquences économiques du développement des jeunes enfants en ce qui concerne les coûts et la charge supplémentaire pour la société.

Nous continuons à nous appuyer sur des données telles que l'espérance de vie. Celle-ci ne nous dit pas si une personne a vécu en bonne santé ou en mauvaise santé. L'espérance de vie est déjà compromise pour ceux qui n'ont pas eu un bon départ dans la vie. Quel est le rôle de la bonne santé et celui de la mauvaise santé dans tout cela? La mauvaise santé s'accompagne d'un besoin important de ressources et coûte plus cher au système de soins de santé.

Les études faites sur les personnes âgées révèlent qu'une augmentation considérable des dépenses et du recours à des soins de santé au cours des 10 derniers pour cent de leur vie; les dépenses augmentent très sensiblement. Cependant, je n'ai rien vu en ce qui concerne les enfants.

**Le président :** Merci.

[Français]

**Mme De Koninck :** Vous soulevez une question extrêmement importante, soit la question des enfants. C'est probablement une question qui nous mobilise beaucoup quand on pense aux enfants.

Avec des collègues, nous avons récemment mené des études auprès de mères toxicomanes, donc des femmes qui consomment des drogues et qui deviennent mère. Entre autres, ce sont des femmes qui donnent naissance à des enfants qui vont souvent être exposés à des conditions difficiles. Ce que nous avons trouvé dans



well be explained by the fact that they use drugs. We came to the conclusion that this was the culmination of extremely difficult situations for the vast majority of them. A number of young women who start using drugs do so out of rebelliousness, but a very large number do so because they have had an extremely difficult childhood, spent in poverty, with violence and so on.

We always come back to the same question. If we could take action with families where there are these kinds of problems, these young women would not fall into substance abuse with all that entails. What is traumatic is that, when they have children — what is called “a key moment” — at the moment when they give birth, they often want to change their lives. They have hope, they suddenly see a child, someone they can take care of, whereas they have often been mistreated since childhood. However, we do not have available services; we do not invest enough to support these women so that they can take charge of their lives and raise their children properly. We know in advance that those children run a high risk of being placed elsewhere; so the cycle starts over.

As my colleague said, it is very important to change our approach to parenting. We must change our approach and look at the conditions in which people become parents and how we support them. A child who is born healthy, but is exposed to tough socio-economic conditions in the initial months, may be marked for life, even if the parents subsequently manage to do well. Colleagues from the Université de Montréal are doing research on that.

So we should always take this overall approach: children and their environment. A poor child has poor parents. So we look at the environment and we try to change the conditions if we want to avoid the poverty cycle and health problems.

[English]

**Mr. Prial:** I will mention research in Ontario conducted by the System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization, which is affiliated with McMaster University. I do not know if you are familiar with that group. Although not specifically maternal and child health, a number of studies done seek to demonstrate the economic tradeoffs associated with the lack of provision of various other types of social supports. In particular, the benchmark study was *When the Bough Breaks*, published in 1999.

There have been subsequent studies. They have an interdisciplinary team, which includes a couple of professors of economics at McMaster who sought to do the analytics. Although the studies are small, because they like the notion of applying random controlled trials to social policy experimentation, they have a bit of rigour there that we have not seen in other areas. It is well-worth looking at.

nos travaux, c'est que l'histoire de vie de ces jeunes femmes pouvait très bien expliquer le fait qu'elles consomment des drogues. On en est arrivé à la conclusion que c'était l'aboutissement de situations extrêmement difficiles pour la grande majorité d'entre elles. Un certain nombre de jeunes femmes qui commencent à consommer de la drogue le font par esprit rebelle, mais une très bonne partie le font parce qu'elles ont vécu des enfances extrêmement difficiles, dans la pauvreté, avec de la violence, et cetera.

On revient toujours à la même question. Si on pouvait agir auprès des familles où il y a de tels problèmes, ces jeunes femmes ne sombreraient pas dans la toxicomanie avec tout ce qui s'ensuit. Ce qui est dramatique, c'est que lorsqu'elles ont des enfants — ce qui s'appelle « un moment clé » —, au moment où elles donnent naissance, elles veulent souvent changer de vie. Elles ont de l'espoir, elles voient tout d'un coup un enfant, quelqu'un dont elles peuvent s'occuper alors qu'elles ont souvent été maltraitées depuis leur enfance. Cependant, on n'a pas les services disponibles, on n'investit pas assez pour soutenir ces femmes pour qu'elles puissent se prendre en charge et donner une bonne éducation à leurs enfants. On sait d'avance que ces enfants risquent fort d'être placés, alors on recommence le cycle.

Comme le disait ma collègue, c'est très important de changer notre approche par rapport au fait d'être parent. Il faut changer notre approche et regarder dans quelles conditions les gens deviennent parents et comment on les soutient. Par ailleurs, un enfant qui va naître en santé, mais qui est exposé, dans les premiers mois, à des conditions socio-économiques difficiles, même si après, les parents réussissent à s'en sortir, l'enfant peut avoir été marqué pour la vie. Des collègues de l'Université de Montréal font des travaux là-dessus.

Il faut donc toujours avoir cette approche globale : l'enfant et son milieu. Un enfant pauvre a des parents pauvres. Alors on regarde le milieu et on essaie de modifier les conditions si on veut éviter le cycle de la pauvreté et des difficultés sur le plan de la santé.

[Traduction]

**M. Prial :** Je mentionnerai la recherche en Ontario effectuée par l'Unité de la recherche liée aux systèmes sur l'utilisation des services de santé et du service social, qui est affiliée à l'Université McMaster. Je ne sais pas si vous connaissez ce groupe. Bien qu'elles ne portent pas spécifiquement sur la santé de la mère et de l'enfant, un certain nombre d'études s'efforcent de démontrer les compromis économiques liés à l'absence de prestation de divers autres types d'aide sociale. L'étude de référence sur ces questions est *When the Bough Breaks*, étude publiée en 1999.

Il y a eu d'autres études par la suite. Une équipe interdisciplinaire qui comprend deux professeurs d'économie de McMaster a tenté d'analyser les données. Bien qu'il s'agisse de petites études, leurs auteurs aiment utiliser l'application d'essais aléatoires mais contrôlés aux expériences dans le domaine de la politique sociale, si bien qu'elles témoignent d'une rigueur que nous n'avons pas rencontrée ailleurs. L'étude faite par cette équipe mérite largement d'être consultée.

**The Chair:** Thank you all very much. Unfortunately, our time is up, but the good news is there is a free lunch just outside the door. Thank you, honourable senators and panel.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, June 11, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, and witnesses, we have a quorum and we are duly structured so we can proceed, even in the face of some of the break from routine that occurred this afternoon. We are here and ready to go.

We have, first, with us the Honourable Carolyn Bennett, the former Minister of State for Public Health and, indeed, someone whom I have known for a very long time.

From the University of Alberta, Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology, University of Alberta.

Perhaps Dr. Bennett, we could hear from you first.

[*Translation*]

**The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., former Minister of State (Public Health, as an individual):** Mr. Chairman, it is truly a pleasure to have been invited to come and contribute to the important work of this committee.

[*English*]

As a family doctor, I experienced what Sir Michael Marmot has so brilliantly described as the worst thing that can happen to a physician: to patch people up and send them straight back into the condition that made them sick in the first place. Whether that was seniors in lace curtain poverty, or whether it was asthmatic children living near a coal-fired generator, or an injured worker with post traumatic stress who is still dealing with the old-fashioned compensation system that deals with an impairment model instead of the modern international classification of function, the social determinants of health were part of my everyday life as a family physician.

**Le président :** Merci beaucoup. Nous sommes malheureusement à court de temps, mais ce qu'il y a de bon, c'est qu'un déjeuner gratuit nous attend derrière cette porte. Merci, honorables sénateurs et participants.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 11 juin 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, se réunit aujourd'hui à 16 h 15 pour examiner les multiples facteurs et conditions qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs que l'on désigne sous l'appellation générique de déterminants de la santé, avant de faire rapport sur la question.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, chers témoins, comme nous avons le quorum et que nous sommes dûment constitués, nous pouvons commencer. Malgré les événements qui ont quelque peu perturbé nos habitudes cet après-midi, nous sommes ici et prêts à travailler.

Nous accueillons, tout d'abord, l'honorable Carolyn Bennett, ancienne ministre d'État à la Santé publique, que j'ai la chance de connaître depuis fort longtemps.

De l'Université de l'Alberta, nous recevons Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

Peut-être pourriez-vous commencer, docteure Bennett.

[*Français*]

**L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ex-ministre d'État (Santé publique, à titre personnel) :** Monsieur le président, c'est vraiment un plaisir d'être invitée ici pour contribuer aux travaux importants de ce comité.

[*Traduction*]

Dans ma pratique de médecine familiale, j'ai vécu ce que Michael Marmot a si justement qualifié de pire chose qui puisse arriver à un médecin : remettre les gens sur pied et les renvoyer directement vivre dans les conditions qui les ont rendus malades au départ. Qu'il s'agisse de personnes âgées vivant dans la pauvreté, d'enfants asthmatiques habitant près d'une centrale au charbon, ou encore d'un travailleur victime du syndrome de stress post-traumatique qui doit encore composer avec l'ancien système d'indemnisation fondé sur un modèle d'incapacité, plutôt qu'avec le nouveau régime de classification internationale du fonctionnement, les déterminants sociaux de la santé font partie du quotidien de tous les médecins de famille.



I am proud to have come from Women's College Hospital, who with the activists there and the women's health movement have long understood that the role of property, violence, the environment, shelter, equity and education were all part of keeping people well.

[Translation]

In my current role as critic for public health, seniors, disabilities and the social economy, wherever I go people are excited not only about the existence of this committee and its important work, but also about the prospect of the report having a fundamental impact on the future of health and health care in Canada.

[English]

I say health and health care because too often when we say "health" people think of the sickness care system. I hope your committee will play an important role in changing the language from health care to systems, to systems for health.

From the beginning of medicare, Tommy Douglas had two goals: That all Canadians would get the care they needed when they needed it, but, secondly, that it would also help people to keep well, not just patch them up when they get sick. Somehow we lost our way through our fascination with the "repair shop" side and fell into what the public health community refers to as the "tyranny of the acute."

As you and your committee well know, dealing with the social determinants of health will be essential to the ultimate sustainability of our most cherished social program.

In order to keep my remarks brief, I have included my introduction to Denis Raphael's new edition of the Social Determinants of Health that will come out this fall, and also the slide presentation from my presentation at the conference of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) last June. In both of those presentations you will find my quiz, which I have found quite useful in changing the language.

As we all know, as soon as we talk about social determinants of health the whole room will glaze over. What I found is that, if we use the quiz, and some of the slides you will see in the IUHPE presentation, it can start to change the dynamics of how Canadians can help us with this project by pulling healthy public policy at the same time as we are trying to push it.

The first question is: Do you want a strong fence at the top of the cliff, or do you want a state-of-the-art ambulance and paramedic service at the bottom?

Would you prefer clean air, or would you prefer puffers and respirators for all?

Je suis fière de mes antécédents au Women's College Hospital dont les activistes, notamment dans le cadre du mouvement pour la santé des femmes, ont compris depuis longtemps que la pauvreté, la violence, l'environnement, l'accès à des refuges, l'équité et l'éducation sont autant de facteurs qui influent sur le bien-être des gens.

[Français]

En tant que porte-parole pour les questions relatives à la santé publique, les aînés, les personnes handicapées et l'économie sociale, je sais d'expérience que les gens se réjouissent non seulement de l'existence de ce comité et de ses travaux importants, mais aussi de l'influence éventuelle de ce rapport sur l'avenir de la santé et des soins de santé au Canada.

[Traduction]

Je fais bien la distinction entre santé et soins de santé car, trop souvent, lorsque nous parlons de « santé », les gens pensent au système de soins aux malades. J'ose espérer que votre comité pourra jouer un rôle important dans l'évolution de la terminologie pour que l'on parle de systèmes pour la santé, plutôt que de système de soins de santé.

Dès l'instauration du régime public d'assurance-maladie, Tommy Douglas visait deux objectifs : faire en sorte que tous les Canadiens obtiennent les soins dont ils ont besoin en temps opportun, mais aussi aider les gens à rester en bonne santé, plutôt que simplement les remettre sur pied lorsqu'ils sont malades. D'une manière ou d'une autre, nous avons succombé à notre fascination pour l'aspect « atelier de réparation » et avons sombré dans ce que les intervenants en santé publique appellent la « tyrannie des soins actifs ».

Comme vous le savez tous très bien, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé est essentielle à la viabilité de notre programme social le plus précieux.

Question d'abrégier ma déclaration, je vous ai fourni ma préface à la nouvelle édition de l'ouvrage de Denis Raphael sur les déterminants sociaux de la santé qui sera publiée cet automne, ainsi que les diapositives de ma présentation lors de la conférence de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) en juin dernier. Dans ces deux documents, vous retrouverez mon questionnaire, un outil que j'estime fort utile pour changer la terminologie.

Nous le savons tous; dès qu'il est question de déterminants sociaux de la santé, toutes les personnes présentes prennent un air absent. J'ai pu constater qu'en utilisant mon questionnaire ainsi que quelques-unes des diapositives que vous verrez dans ma présentation à l'UIPES, on commence à changer la manière dont les Canadiens peuvent nous aider à faire avancer cette cause en exigeant des politiques publiques davantage axées sur la santé pendant que nous exerçons des pressions en ce sens de notre côté.

Voici la première question : croyez-vous que nous devrions avoir une solide clôture au sommet de la falaise, ou encore un parc d'ambulances modernes et des ambulanciers en poste en bas?

Préféreriez-vous de l'air pur, ou encore suffisamment de pompes et de respirateurs pour tous?



Would you prefer that wait times were reduced by a falls program to reduce preventable hip fractures, or private orthopaedic hospitals and lots more surgeons?

Should we invest in early learning and child care, literacy, the early identification of learning disabilities and bullying programs, or should we increase the budget for the incarceration of young offenders?

Should we assume that the grey tsunami will bankrupt our health care system, or should we include our aging population in the planning of strategies to keep them well?

Is the best approach to food security food banks and vouchers, or income security, affordable housing, community gardens, community kitchens and a national food policy?

Pick the one that is not correct: This was one of my favourites as minister. Pandemic preparedness should focus on Tamiflu for all, or working with the vets to keep avian flu a disease of the birds, or making sure people wash their hands, especially the doctors and nurses, or research on vaccines; community care plans for our most vulnerable?

Governments should boast about how much they spend on the sickness care system, or the health of their citizens, leaving no one behind.

I know all members of the committee just got 100 per cent.

I have also included a speech I gave last year, with the help of the Library of Parliament, to the EU meeting on health in Gastein, Austria, which outlines the economic arguments for investments in health that identified things such as the fact that smog days in Ontario alone cost \$1 billion a year.

I have included a presentation that I am having fun with now, on the "Grey Tsunami? Not," which shows how we can do integrated policies to ensure that our aging population stays above the disability line as the WHO has described in its active aging policies.

I believe you have asked me here mainly to discuss the work we had begun when I was minister, and the work that clearly still needs to be done. I remember when Paul Martin called me to ask me to join his cabinet in December 2003, as the first Minister of State for Public Health in the wake of the SARS outbreak. I remember immediately reminding him that this could not be just

Préfereriez-vous que les temps d'attente soient réduits grâce à un programme de prévention des chutes pour réduire le nombre de remplacements de hanches, ou encore grâce à des hôpitaux privés de soins orthopédiques et davantage de chirurgiens?

Devrions-nous investir dans l'apprentissage, la garde, l'alphabétisation et le dépistage des troubles d'apprentissage chez les jeunes enfants ainsi que dans les programmes contre l'intimidation, ou encore augmenter le budget pour l'incarcération des jeunes contrevenants?

Devrions-nous croire que le « tsunami gris » ruinerait notre système de santé, ou encore tenir compte de la population vieillissante dans des stratégies visant à en garantir le bien-être?

La meilleure approche concernant la sécurité alimentaire réside-t-elle dans les banques et bons alimentaires, ou encore dans la sécurité financière, le logement abordable, les jardins et cuisines communautaires et une politique alimentaire nationale?

Lequel des énoncés suivants est incorrect? C'était l'une de mes questions favorites lorsque j'étais ministre. Les préparatifs en vue d'une pandémie doivent être axés sur la distribution de Tamiflu à tous; une collaboration avec les vétérinaires pour que la grippe aviaire demeure une maladie d'oiseaux; la mise en œuvre de mesures pour obliger les gens à se laver les mains, en particulier les médecins et les infirmières; la recherche sur les vaccins; ou une planification communautaire des soins destinés aux plus vulnérables.

Les gouvernements devraient-ils se vanter du budget consacré au système de soins aux malades, ou encore de la santé de leurs citoyens et du fait que personne n'est laissé pour compte?

Je suis persuadée que tous les membres du Comité ont obtenu une note parfaite.

J'ai également inclus le texte d'une allocution que j'ai prononcée l'an dernier, avec l'aide de la Bibliothèque du Parlement, à la conférence de l'Union européenne sur la santé qui s'est tenue à Gastein, en Autriche. J'y expose les arguments économiques en faveur d'investissements dans la santé, en mettant en lumière des éléments comme les coûts d'un milliard de dollars par année qu'entraînent les journées de smog en Ontario seulement.

Vous trouverez aussi dans la documentation les diapositives d'un exposé que j'ai beaucoup de plaisir à présenter actuellement et qui s'intitule « Le tsunami gris? Non ». J'y explique comment nous pouvons appliquer des politiques intégrées pour veiller à ce que notre population vieillissante demeure au-dessus du seuil d'invalidité établi par l'OMS dans ses politiques pour un vieillissement actif.

Je crois que vous m'avez surtout invitée ici pour que je vous parle du travail que j'ai amorcé lorsque j'étais ministre et du chemin qu'il reste encore à faire de toute évidence. C'est dans la foulée de la crise du SRAS que Paul Martin m'a appelée en décembre 2003 pour me demander de joindre les rangs de son cabinet en tant que première ministre d'État à la Santé publique.

about infectious disease and that my job would have to include the other epidemics of cancer, diabetes and heart disease.

Early on as minister, I realized that there were divides even within the population health and public health community. One camp focused mainly on getting people to make healthier choices. The other camp pretty well boiled down to the issue that "it's poverty, stupid."

In trying to explain that we needed both systems, one day on a boarding pass I scribbled a tree with the root system being the social determinants of health, the trunk being the modifiable risks and the branches being the health outcomes. Everywhere I went as minister; people gave advice to my tree: more root system, more risk factors, more different outcomes, but it was Bill Mussell from the Aboriginal Mental Health Association who helped it come together for me.

If you see on my tree that this ground system here explains so much. It seems that the social determinants of health affect the ground, which means people's resistance, their sense of control and self-esteem, their sense of personal cultural identity. Out of that ground come the choices they make in health, in terms of eating, exercise, and use of alcohol and drugs.

I was grateful to the chief medical officers of health, who asked me to change this from an apple tree whose leaves would come off every fall, to this beautiful Georgian Bay pine tree. As you know, in Georgian Bay the west wind shapes the pine, so we had no branches on the west side for the things we do not want, and we had luscious, big branches on the east side for the things that we do want.

We used an earlier version of this tree, and you will see it, in the workbooks for the health goals for Canada. You can see the evolution of the tree because the one that is in the workbook has a lot less of this and a lot less of this and a lot less of these as we continued to involve citizens in getting this tree just right.

At the first ministers' meeting in September 2004, we were thrilled that the whole of the Tuesday evening discussion was dedicated to public health and prevention. It was really inspiring to hear the first ministers of this country talking about everything from railings for seniors, to poverty, to the kinds of things they knew would make a difference. The communiqué committed all governments.

#### [Translation]

Governments commit to accelerate work on a pan-Canadian Public Health Strategy. For the first time, governments will set goals and targets for improving the health status of Canadians

Je me souviens de lui avoir rappelé dès le départ que mon travail ne se limiterait pas aux maladies infectieuses, mais qu'il inclurait également d'autres épidémies comme celles du cancer, du diabète et des maladies cardiaques.

Dès mes premiers pas comme ministre, je me suis rendu compte qu'il y avait des dissensions, même parmi les intervenants en santé de la population et santé publique. L'un des camps s'employait principalement à amener les gens à faire de meilleurs choix pour leur santé. Pour l'autre camp, la situation semblait se résumer à une simple question de pauvreté.

En essayant d'expliquer que nous avions besoin des deux systèmes, j'ai griffonné un jour sur une carte d'embarquement le croquis d'un arbre. Les déterminants sociaux de la santé formaient son réseau de racines; les risques modifiables en constituaient le tronc; et ses branches correspondaient aux résultats visés en matière de santé. Toutes les fois que je me rendais quelque part dans mes fonctions de ministre, des gens me faisaient des suggestions concernant mon arbre. On proposait des ajouts au système de racines, aux facteurs de risque et aux types de résultats, mais c'est Bill Mussell de l'Aboriginal Mental Health Association qui m'a aidée à mettre de l'ordre dans tout cela.

En regardant mon arbre, on constate que son système de prise au sol fait foi de tout. Il semblerait donc que les déterminants sociaux de la santé influent sur la qualité du sol, c'est-à-dire sur la résilience des gens, leur sentiment de maîtrise et d'estime de soi, et leur confiance dans leur identité personnelle et culturelle. C'est sur ce sol que reposent leurs choix en matière de santé pour ce qui est de l'alimentation, de l'exercice et de la consommation d'alcool et de drogues, notamment.

Je dois remercier les médecins hygiénistes en chef qui m'ont demandé d'utiliser ce magnifique pin de la Baie Georgienne, plutôt qu'un pommier qui perdrait ses feuilles à l'automne. Comme vous le savez, les vents dominants de l'Ouest font en sorte que les pins de la Baie Georgienne n'ont pas de branches du côté Ouest, ce qui représente les éléments que nous ne voulons pas, et de belles grosses branches du côté Est pour toutes ces choses que nous souhaitons.

Dans les cahiers de consultation pour les objectifs de santé pour le Canada, vous pourrez voir la version antérieure de cet arbre que nous avons utilisée. Vous pourrez constater à quel point il a évolué grâce à la contribution des citoyens que nous avons continué à solliciter pour peaufiner cet outil.

À la rencontre des premiers ministres tenue en septembre 2004, toute la discussion de la soirée du mardi a été consacrée à la santé publique et à la prévention. Nous en étions ravis, car il était vraiment inspirant d'entendre les premiers ministres de ce pays parler d'éléments comme des rampes pour les aînés, la pauvreté et toutes ces mesures qu'ils estimaient aptes à améliorer les choses. Le communiqué émis à cette occasion est devenu un engagement de la part de tous les gouvernements canadiens.

#### [Français]

Les gouvernements s'engagent à accélérer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne pour la santé publique. Pour la première fois, ils établiront des buts et des cibles pour améliorer l'état de



through a collaborative process with experts. The Strategy will include efforts to address common risk factors, such as physical inactivity, and integrated disease strategies. First Ministers commit to working across sectors through initiatives such as Healthy Schools.

[English]

In the following year, we were able to set up the public health network for Canada in which all 13 jurisdictions could plan public health together under the leadership of Dr. Perry Kendal from British Columbia and Dr. David Butler-Jones. We dedicated \$300 million in the 2005 budget for an indicated disease strategy and set up six collaborating centres for the challenging areas of the environment, Aboriginal peoples, infectious disease, new tools, how to get healthy public policy for the Province of Quebec, and the Atlantic provinces came together in a collaborating centre on health inequities. Then we moved on to do the process for the public health goals for Canada.

In December 2005, all 10 provincial and three territorial ministers of health approved the health goals for Canada and from there on I have to say I have been pretty sad. I am saddened that there has been very little action on these files since the election of the Conservative government.

In the parliamentary review of the 10-year plan for health, the Liberal supplementary opinion, which will be tabled on Friday, will articulate that even in the communiqué at the 2004 meeting, under prevention, early learning and child care was number one, and that this government immediately cancelled the plan, even though the agreements had been signed with the provinces.

The commitment to further collaboration in terms of coordinated responses has really been carried out by the public health network, by the chief medical officers of health, but we have seen little support from the government itself to be able to move forward on these. Even on the national immunization strategy, that instead of waiting for the cooperation of the interprovincial body that is supposed to determine these, or to renew the four vaccines that that body had committed to, the government went outside the process to fund the vaccine, as important as it is, in terms of cervical cancer. It went outside the collaborative model that had been set up because of David Naylor's very specific instructions to us after SARS on the four Cs of collaboration, cooperation, communication and clarity of who does what when.

santé de la population canadienne en s'alliant à des experts. Cette stratégie inclura des activités touchant des facteurs de risque communs comme l'inactivité physique ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. Les premiers ministres s'engagent à travailler dans divers secteurs au moyen d'initiatives comme Écoles en santé.

[Traduction]

Au cours de l'année qui a suivi, nous avons pu mettre en place un réseau de santé publique pancanadien pour permettre une planification conjointe par les 13 gouvernements sous la direction du Dr Perry Kendal de la Colombie-Britannique et du Dr David Butler-Jones. Dans le budget de 2005, nous avons consacré 300 millions de dollars à une stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques et mis sur pied six centres de collaboration pour les questions liées à l'environnement, à la santé des Autochtones, aux maladies infectieuses, aux nouveaux outils de santé publique, à la prise en compte des questions de santé dans les politiques publiques pour la province de Québec, et aux iniquités en matière de santé dans le cadre d'un effort collectif des provinces de l'Atlantique. Nous avons ensuite amorcé le processus d'établissement des objectifs de santé publique pour le Canada.

En décembre 2005, les 10 ministres provinciaux de la santé et leurs trois homologues territoriaux ont approuvé les objectifs de santé pour le Canada, mais je dois vous dire qu'il n'y a guère de raisons de se réjouir depuis. Je regrette beaucoup l'inaction quasi complète dans ces dossiers depuis l'élection du gouvernement conservateur.

Dans le cadre de l'examen parlementaire du plan décennal pour consolider les soins de santé, l'opinion complémentaire du Parti libéral, qui sera déposée vendredi, précisera que le communiqué diffusé à l'issue de la rencontre de 2004 plaçait l'apprentissage des jeunes enfants et les services de garde au rang des priorités en matière de prévention, mais que le gouvernement actuel avait immédiatement annulé le plan, même si des ententes ont été signées avec les provinces.

Dans les faits, l'engagement en faveur d'une collaboration plus soutenue dans la recherche de solutions coordonnées a été concrétisé par le réseau de santé publique et les médecins hygiénistes en chef, et ceux-ci n'ont eu droit qu'à très peu de soutien de la part du gouvernement lui-même pour faire avancer ces dossiers. Même en ce qui a trait à la stratégie nationale d'immunisation, plutôt que d'attendre la contribution de l'instance interprovinciale censée prendre des décisions à ce chapitre, ou que de renouveler les quatre vaccins à l'égard desquels cette instance avait pris des engagements, le gouvernement a agi en marge du processus pour financer un vaccin, par ailleurs extrêmement important, contre le cancer du col de l'utérus. Le gouvernement a fait fi du modèle de collaboration établi dans la foulée des directives très précises formulées par David Naylor à la suite de la crise du SRAS en s'appuyant sur la formule des quatre C, à savoir la collaboration, la coopération, la communication et la clarté quant au rôle de chacun.



Unfortunately, even though we had set up all the foundation to develop a public health strategy, I guess the thing that is saddest for me is that you cannot move forward if you do not know where you are going. Part 2 of the health goals process, and this was committed to in the communiqué in the 2004 first ministers' meeting, was to go on to develop real indicators and real targets. Only with indicators and targets can you develop real strategies of what, by when and how, like Tony Blair did in the first year that he became Prime Minister.

It has been very disappointing that without this collaborative process for indicators and a collaborative process with experts and providers as to what would be meaningful targets — you cannot just pull targets out of the air and expect everyone to get on side, they have to be realistic — the work has completely stopped on this.

I am extraordinarily disappointed that the \$300 million that we carved out for an integrated disease strategy that would go to things like healthy schools and things that cross the government departments, went back to the old-fashioned way of disease by disease with one disease getting more than nine tenths of it. It is a bit disappointing that we seem to have slid back a bit.

If I go to the things that I think we could do or that I would like to see you explore in terms of the way forward, I would very much like to see that we could move forward, number one, on measurement.

When I was in Scotland last year and met with the former minister of health there, Andy Kerr, I cannot tell you how jealous I was to see that he had health outcomes down to postal code. I cannot tell you how jealous I was that everyone in Scotland has a family doctor. He was therefore able to have the family doctors in the neighbourhoods with the poorer outcomes write a letter to their patients, ask them to come to a health fair and put in place interventions around blood pressure and lipids, all of these things. And also all the things we have talked about that are more social determinants. He was already, as their government fell, being able to see the incidents of these kinds of interventions going down.

New York State now has haemoglobin A1Cs as a reportable disease. They feel that even though it is not an infectious disease, there is a social contagion to it. So you can provide the interventions as though it was an infectious disease, to be able to turn around this epidemic that means this generation of children will not live as long as their parents.

We have to move to much better epidemiological data and I think we are trying. Maybe it will be a beginning in terms of what we have been studying at the health committee in the House of

Nous avons pourtant jeté toutes les bases requises pour développer une stratégie en matière de santé publique, mais je dirais que la chose qui m'attriste le plus c'est l'impossibilité d'aller de l'avant lorsqu'on ne sait pas quelle direction on doit prendre. Toujours conformément à l'engagement pris dans le communiqué de 2004 à l'occasion de la rencontre des premiers ministres, la deuxième étape consistait à établir des indicateurs et des objectifs concrets. En l'absence d'indicateurs et d'objectifs semblables, il est impossible d'élaborer de véritables stratégies pour savoir ce qui doit être réalisé, à quel moment et de quelle façon, comme Tony Blair l'a fait l'année où il est devenu premier ministre.

Il est très décevant de constater que, faut d'un processus de collaboration pour l'établissement d'indicateurs et d'un mécanisme de consultation auprès des experts et des fournisseurs pour fixer des objectifs significatifs — on ne peut tout de même pas espérer rallier tout le monde avec des objectifs sortis de nulle part; ils doivent être réalistes — le travail a été complètement arrêté dans ce dossier.

Je trouve tout à fait déplorable que les 300 millions de dollars que nous avons réservés pour une stratégie intégrée de prévention des maladies, qui auraient pu aller à des projets comme des écoles axées sur la santé et des initiatives pangouvernementales, ont été récupérées au profit du mode traditionnel d'intervention une maladie à la fois, l'une d'elles obtenant plus de 90 p. 100 des fonds. Il y a lieu de regretter le pas en arrière que l'on semble avoir fait à cet égard.

Pour ce qui est des possibilités qui s'offrent à nous ou des sujets que je souhaiterais vous voir explorer quant aux perspectives d'avenir, j'aimerais énormément que nous puissions réaliser des progrès quant à nos outils de mesure.

Lorsque j'ai rencontré en Écosse l'an dernier l'ancien ministre de la santé écossais, Andy Kerr, je ne pourrais pas vous dire à quel point je l'enviais quand il m'a dit qu'il pouvait compter sur des données en matière de santé allant jusqu'à une répartition en fonction des codes postaux. Je mourais également de jalousie en apprenant que tout le monde en Écosse à un médecin de famille. Il lui a donc été possible de demander aux médecins de famille des secteurs ayant les revenus les plus faibles d'écrire à leurs patients pour les convier à un salon d'information sur la santé en plus de mettre en place, entre autres, des interventions pour la tension artérielle et le gras corporel. Sans compter tous ces éléments dont nous avons parlé qui sont davantage du côté des déterminants sociaux. Lorsque son gouvernement a été défait, il était déjà en mesure de constater les effets de ces interventions.

L'État de New York a maintenant désigné l'hémoglobine A1c parmi les maladies à déclaration obligatoire. Les autorités locales estiment que même s'il ne s'agit pas d'une maladie infectieuse, il y a un aspect social de contagion à considérer. Il est donc possible de mettre en œuvre les interventions comme s'il s'agissait d'une maladie infectieuse afin de pouvoir contrer cette épidémie qui pourrait empêcher la génération actuelle d'enfants de vivre aussi longtemps que leurs parents.

Nous devons grandement améliorer les données épidémiologiques à notre disposition et je crois que nous faisons des efforts en ce sens. À la lumière des travaux que nous menons

Commons, to use something like post-market surveillance. If you think of electronic prescribing, consider the different mapping we would get if a doctor just had to type in the diagnosis with the same prescription as on the prescription pad. We would actually start to generally map out things more easily than we are now. Then, again, we have to encourage the physicians to help us get better at epidemiological data than just the billing data that we are dealing with right now.

I see Dr. Cordell Neudorf here, who I was going to boast about anyway. We know that if picture is worth a thousand words, a map is worth a thousand pictures. Because of the core value of Canadians around fairness, if you can take the health outcomes and be able to map the places that are doing well and those that are not doing so well, you can start to justify, as politicians, interventions in those areas. Dr. Neudorf is doing this brilliantly in Saskatoon. You will learn about his plan in terms of a real action plan on improving outcomes and on poverty.

We think it is very important that we go forward on the business of choosing the indicators and targets. I think that Canadians understand, from smog days to the percentage of families spending more than 50 per cent of their income on rent — we know that if you are spending 50 per cent of your income on rent there is probably not much food in the fridge. I think that when you get to pick the targets together, then we go to this brilliant part of our federal system. You articulate the strong common purpose and then respect the local wisdom and get the local knowledge to get it done province by province, territory by territory and community by community.

It is, I think, also very important that we talk about structure. The structure right now in terms of all the silos has got us into trouble and I am sure you have heard that many times. There has always been understanding that interdepartmental committees can work to a certain degree. What we learned the hard way is that unless there are cabinet committees that the department has to prepare the minister for, things do not happen.

Working horizontally is so important, as we have seen in several areas. Take the children's committee in Manitoba, or the poverty committee here in Ontario led by Deb Matthews. Again, Paul Martin chaired the Aboriginal affairs committee of cabinet that all of us had to prepare to go to that actually brought us the Kelowna Accord. Stéphane Dion chaired the sustainable development committee of cabinet where before, Industry Canada, Natural Resources Canada and Environment Canada were all feuding departments with different plans. If you have a

au sein du comité de la santé de la Chambre des communes, cela pourrait commencer par l'utilisation d'outils comme la surveillance post-commercialisation. Si vous pensez aux prescriptions électroniques, imaginez à quel point la situation serait différente si le médecin n'avait qu'à inscrire le diagnostic pour obtenir la même prescription qu'il établit actuellement à la main. Nous pourrions alors vraiment commencer à avoir une idée beaucoup plus claire de la répartition des cas. Encore là, nous devons encourager les médecins à nous aider à obtenir de meilleures données épidémiologiques que les simples chiffres de facturation auxquels nous avons droit actuellement.

Je constate que le Dr Cordell Neudorf est des nôtres aujourd'hui, mais j'allais vanter son travail de toute manière. Nous savons que si une image vaut mille mots, une carte vaut mille images. Comme l'équité est une valeur fondamentale chère au cœur des Canadiens, si nous pouvions établir une carte des résultats en matière de santé pour savoir qui s'en tire le mieux et qui sont les plus mal en point, il serait plus facile pour nous, politiciens, de justifier nos interventions dans ces secteurs. Le Dr Neudorf y parvient brillamment à Saskatoon. Il vous parlera sûrement de son plan d'action concret pour améliorer les résultats en santé et lutter contre la pauvreté.

Nous estimons très important d'aller de l'avant dans le choix des indicateurs et des objectifs à atteindre. Je pense que c'est une chose que les Canadiens sont en mesure de comprendre, qu'il s'agisse de jours de smog ou de la proportion de familles dépensant plus de 50 p. 100 de leur revenu pour se loger — nous savons qu'en pareil cas, le réfrigérateur risque d'être fort dégarni. Selon moi, le choix conjoint des objectifs à atteindre illustre bien tout l'aspect brillant de notre système fédéral. Vous définissez des buts communs bien établis avant de vous fier à la sagesse des autorités locales qui puisent à même l'expertise disponible sur place pour concrétiser le tout province par province, territoire par territoire et collectivité par collectivité.

Je pense qu'il est également très important de parler de structure. Tous les silos que comporte la structure actuelle nous posent bien des difficultés; je suis certaine que je ne suis pas la première à vous le dire. On a toujours présumé que les comités interministériels pouvaient produire des résultats dans une certaine mesure. Nous avons toutefois appris à nos dépens que rien ne se concrétise sans l'apport de comités du Cabinet auquel les ministres participent après avoir été préparés par leurs collaborateurs.

Comme nous avons pu le voir dans bien des secteurs, le travail horizontal est très important. Il suffit de penser au comité sur les enfants au Manitoba ou à celui sur la pauvreté ici en Ontario, sous la direction de Deb Matthews. À l'époque, nous devions tous nous préparer à participer aux réunions du Comité du Cabinet sur les affaires autochtones, sous la présidence de Paul Martin, un processus qui nous a menés à l'accord de Kelowna. Pour sa part, Stéphane Dion a présidé le Comité du Cabinet sur le développement durable alors que trois ministères, Industrie



cabinet committee where you actually have to thrash out a consensus, I think that is the way you will move forward.

I commend to you the report we did with John Williams on societal indicators for use of parliamentarians. We looked at models like in Alberta and in Newfoundland about whole-of-government measuring and how if governments are responsible for whole-of-government outcomes, as opposed to just ministerial accountability down the silos, we would go a long way to helping Canadians understand that decreasing a smoking rate, like we have over the years from 31 per cent to 19 per cent, is as important an indicator as the GDP.

Based on the work of that committee, I think the role of Parliament in bringing together different departments, and a better role for Parliament in terms of horizontality, would be very important. We found that at the disability committee where we were able to call 13 departments or commissions who were quite surprised they had anything to do with disability in their department. It is therefore also important that if we examine these structures we begin the work on process.

I believe all of us have been heartened by the work of Finland in their "Health In All Policies." Article 54 in Quebec means every bill, every private member's business, every memorandum to cabinet, and every budget submission, must undergo a health impact analysis. Governments may still make the same decision, but at least they were warned that this would actually increase the invoice on the health care side.

I think the last resource is going to be people, and it will be increasingly important that we plan for the human resources that can work together to achieve true systems for health, as opposed to just health care systems. Here in Ottawa, when you see some of the community health centres that have community gardens and community kitchens and people who can run the interference, or if you look to Quebec's l'Économie Sociale, in true economic development approaches to community, we should be better able to support true bottom-up approaches that are about keeping people well.

There is no question we have to have a comprehensive food policy in Canada. We need healthy, nutritious food grown close to home that includes agriculture, fishery, industry, food security, food protection, ethical practices in international trade,

Canada, Ressources naturelles Canada et Environnement Canada, s'affrontaient auparavant pour faire valoir leurs plans respectifs. J'estime qu'un comité du Cabinet nous obligeant à dégager un consensus est la meilleure façon de faire avancer les choses.

Je vous recommande le rapport concernant les indicateurs sociaux que nous avons produit avec John Williams à l'intention des parlementaires. Nous avons examiné des modèles comme ceux de l'Alberta et Terre-Neuve qui utilisent des mesures pangouvernementales. On peut ainsi voir que lorsque les gouvernements sont responsables des résultats dans une perspective globale, de préférence à la simple responsabilité des ministères dans les différents silos, il peut devenir beaucoup plus facile d'aider les Canadiens à comprendre que la réduction du taux de tabagisme, qui est passé de 31 p. 100 à 19 p. 100 au fil des ans, est un indicateur tout aussi important que le PIB.

À la lumière du travail accompli par ce comité, je constate toute l'importance que pourrait avoir le rôle du Parlement dans la mobilisation des différents ministères aux fins d'une plus grande efficacité horizontale. Au comité sur la condition des personnes handicapées, nous avons communiqué avec 13 ministères ou commissions qui ont été fort surpris de recevoir notre appel car leur mandat ne prévoyait rien concernant les personnes handicapées. Il est donc primordial de commencer à travailler sur le processus en examinant ces structures.

Je pense que nous avons tous été touchés par le travail accompli par la Finlande qui a placé la santé au cœur de toutes ses politiques. Au Québec, l'article 54 de la Loi sur la santé publique fait en sorte que chaque projet de loi, chaque mesure d'initiative parlementaire, chaque mémoire au Cabinet et chaque présentation budgétaire doit faire l'objet d'une analyse d'impact sur la santé. La décision du gouvernement demeurera peut-être la même, mais il sera tout au moins mis au fait de l'augmentation qui s'ensuivra quant à la facture des soins de santé.

J'estime qu'en dernière analyse, il faudra se tourner vers les gens. Il deviendra de plus en plus important de planifier l'utilisation des ressources humaines en fonction d'un travail collectif pour en arriver à de véritables systèmes de santé, plutôt que de simples systèmes de soins de santé. Nous en avons des exemples ici même à Ottawa avec quelques-uns des centres de santé communautaire qui ont des jardins communautaires et des cuisines communautaires ainsi que des gens capables de faire le lien avec les différentes ressources. Je pense aussi au Chantier de l'économie sociale au Québec qui s'appuie sur de véritables approches communautaires aux fins du développement économique. Nous devrions être mieux en mesure d'appuyer de telles approches de développement par la base qui visent à assurer le bien-être des citoyens.

Il ne fait aucun doute que nous avons besoin au Canada d'une politique alimentaire globale. Il faut que des aliments sains et nutritifs soient produits à proximité. Il faut ajuster notre approche horizontale à l'égard des différents secteurs touchés, à



international development in trade; we have got to get that horizontal piece done right.

Last, I would like to ask the committee to reflect on the role that social determinants play in disasters and pandemic preparedness. I began as minister because of the 44 people that we lost in the SARS outbreak. In that same summer, France lost 14,000 people in their heat wave. France had been named number one by the WHO in both health outcomes and in health system performance. However, we know that they were so focused on doctors and hospitals that they did not really realize that a few years later, all of those elderly women in attics would never get anywhere near a doctor or a hospital.

Therefore I think we have not learned from the work of Eric Klinenberg in 1995, an amazing piece of work called "Anatomy of a Social Disaster" after the Chicago heat wave, where there the predictable victims were the predictable victims. They did not have air conditioners, did not have other means and all of those things. However, there was one neighbourhood, the Latino neighbourhood, with a few Polish elders who had not moved out of that neighbourhood yet where there were no deaths. That was because of what Robert Putnam called social capital; what Jane Jacobs called neighbourliness. We should never forget as the federal government that we have to put in place policies that allow the bottom-up community development that is about healthy public policy.

In closing, I would like to underline the Canadian leadership on this file, from Tommy Douglas to the Lalonde report to the Ottawa Charter. I remember the terrific workbook that Prime Minister Chrétien's forum on health had in 1996, with the pie charts explaining to Canadians that poor people do not live as long. We need to redouble our efforts on health literacy. We have to have Canadians pulling healthy public policy and become effective advocates. We need them for the systems for health, not just the sickness care system.

I was there in December 2004 at York University when John Frank and Denis Raphael opened their conference on the social determinants of health. I was there in Santiago as minister when Monique Bégin, Stephen Lewis and Sir Michael Marmot launched the WHO commission on social determinants of health. At that launch it was clear that one of the main jobs of the commission was to stimulate country work so that countries would be preparing the ground to ensure that the commission report would find fertile pastures and so that fundamental change could take root.

savoir l'agriculture, les pêches, l'industrie, la sécurité alimentaire, la protection des aliments, les pratiques éthiques dans le commerce international et le développement international du commerce.

Enfin, j'aimerais demander aux membres du comité de réfléchir au rôle que jouent les déterminants sociaux relativement à la préparation des mesures d'urgence en prévision des pandémies et des catastrophes naturelles. Si j'ai été nommé ministre au départ, c'est parce que 44 personnes avaient perdu la vie dans l'épidémie du SRAS. Au cours du même été, une vague de chaleur avait causé la mort de 14 000 personnes en France. Ce pays était alors classé au premier rang par l'OMS en ce qui a trait tant aux résultats en matière de santé qu'à la performance du système de santé. Nous savons toutefois qu'on se concentrait tellement sur les médecins et les hôpitaux que l'on n'a pas vraiment anticipé le risque que, quelques années plus tard, toutes ces vieilles dames dans leur grenier n'aient même pas la chance de s'approcher d'un médecin ou d'un hôpital.

J'en conclus donc que nous n'avons pas tiré les enseignements voulus du formidable ouvrage d'Eric Klinenberg qui a fait l'autopsie d'une catastrophe sociale à la suite de la canicule qui a touché Chicago en 1995. Les victimes prévisibles sont celles qui ont effectivement perdu la vie à cette occasion. Elles n'avaient pas l'air climatisé et ne disposaient d'aucun autre moyen de s'en sortir. Cependant, il y a eu un quartier, le quartier latin, comptant encore quelques aînés polonais qui n'avaient pas déménagé, où l'on n'a déploré aucune victime. Ce résultat est attribuable à ce que Robert Putnam a appelé le capital social et ce que Jane Jacobs a qualifié de bon voisinage. Les décideurs du gouvernement fédéral ne devraient jamais oublier qu'ils doivent mettre en place des politiques permettant un développement communautaire à partir de la base pour appuyer une politique publique favorable à la santé.

En terminant, j'aimerais souligner le leadership exercé par les Canadiens en la matière, de Tommy Douglas jusqu'à la Charte d'Ottawa en passant par le rapport Lalonde. Je me souviens du magnifique cahier de travail produit pour le Forum sur la santé tenu par le premier ministre Chrétien en 1996, avec tous ces diagrammes expliquant aux Canadiens que les pauvres vivent moins longtemps. Nous devons redoubler d'effort pour accroître le niveau de littératie en santé. Il nous faut faire en sorte que les Canadiens revendiquent des politiques publiques axées sur la santé et deviennent des défenseurs efficaces à l'égard de ces questions. Nous avons besoin de leur soutien pour pouvoir compter sur de véritables régimes de santé, plutôt que de simples systèmes de soins aux malades.

J'étais à l'Université York en décembre 2004 lorsque John Frank et Denis Raphael ont ouvert leur conférence sur les déterminants sociaux de la santé. J'étais aussi présente en ma qualité de ministre à Santiago lorsque Monique Bégin, Stephen Lewis et Michael Marmot ont lancé la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Il était alors bien clair que la Commission devait notamment s'employer à encourager les pays à préparer le terrain de telle sorte que le rapport de la Commission puisse trouver des terres fertiles et qu'un changement en profondeur puisse prendre racine.

*[Translation]*

I thank you for taking up the challenge and look forward to your report. And now, I look forward to your questions.

*[English]*

**The Chair:** Thank you so much. That was a fabulous presentation. I see you have not lost one ounce of your pizzazz. You certainly covered the waterfront. Thank you for putting so much time into your presentation.

We will go to Deanna Williamson before we go to questions.

**Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology, University of Alberta:** Thank you very much. I appreciate the opportunity to contribute to your study on the determinants of health and your investigation of the possibilities for a pan-Canadian population health policy.

My comments focus on the question of whether the federal government should develop health goals if a decision is made to initiate a pan-Canadian population health policy that aims to improve the health of Canadians and reduce health disparities.

My response to this particular question is yes, with reservations.

I am basing my comments largely on some work that I did with colleagues at UBC a number of years back, looking at provincial and territorial health goals and what came of them and how they were used.

First, with respect to the yes part of my response about health goals: without a doubt I think that health goals are a necessary component of any kind of population health policy. Well-conceived goals provide a clear indication to policy-makers, practitioners and, I think really importantly, the general public, about what the health-related priorities are and what the outcomes being aimed for by governments are.

Declaring those priorities can subsequently guide resource allocation and provide a foundation for developing specific programs and initiatives that are consistent with the goals that have been set out. Health goals are key to a comprehensive population health policy.

My reservation about health goals is, as I said, based on some of the research I did in the past and also evidence about previous health goals efforts in Canada.

What we have seen from previous efforts at developing health goals is that the articulation of the goals alone does not ensure that effective population health programs and initiatives will be developed.

*[Français]*

Je vous remercie de relever le défi et j'attends avec hâte votre rapport. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser.

*[Traduction]*

**Le président :** Merci énormément. Vous nous avez présenté un formidable exposé. Je constate que vous n'avez pas perdu une once de votre brio. Il faut avouer que rien ne vous a échappé. Merci d'avoir si bien préparé votre présentation.

Avant de passer aux questions, nous allons écouter Deanna Williamson.

**Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine, Université de l'Alberta :** Merci beaucoup. Je vous suis reconnaissante de me permettre de contribuer à votre étude sur les déterminants de la santé et les possibilités d'instaurer une politique pancanadienne en matière de santé des populations.

Mes observations porteront principalement sur la question qui consiste à savoir si le gouvernement fédéral devrait élaborer des objectifs en matière de santé dans l'éventualité où l'on déciderait de mettre en œuvre une politique pancanadienne sur la santé des populations en vue d'améliorer la santé des Canadiens et de réduire les disparités en la matière.

Je répondrais par l'affirmative à cette question, mais avec certaines réserves.

Je fonderai principalement mes commentaires sur des travaux que j'ai menés il y a un certain nombre d'années avec mes collègues de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous nous sommes alors penchés sur les objectifs de santé établis par les provinces et les territoires, la manière dont ils ont été utilisés et les résultats obtenus.

Premièrement, en ce qui a trait à la partie affirmative de ma réponse au sujet des objectifs de santé, il va de soi que j'estime que ceux-ci constituent une composante essentielle de toute politique sur la santé des populations. Des buts bien conçus indiquent clairement aux décideurs, aux praticiens et, ce qui est très important selon moi, au grand public quelles sont les priorités en matière de santé et quels résultats les gouvernements cherchent à atteindre.

L'énoncé de telles priorités peut ultérieurement guider l'allocation des ressources et fournir une base pour l'élaboration de différents programmes et initiatives s'inscrivant dans la droite ligne des objectifs fixés. Une politique globale en matière de santé des populations doit absolument pouvoir s'appuyer sur des objectifs semblables.

Comme je l'ai indiqué, mes réserves concernant les objectifs de santé sont basées en partie sur les recherches que j'ai effectuées ainsi que sur les résultats des efforts déjà déployés en la matière au Canada.

Comme l'ont montré clairement ces efforts antérieurs, il ne suffit pas de définir des buts en matière de santé pour assurer l'élaboration d'initiatives et de programmes efficaces pour la santé des populations.



We have seen that over and over. The provinces and territories all developed health goals throughout the 1990s, and by the end of the 1990s the health goals were not being used in any concrete way to direct population health policies. In particular the health goals did not seem to have much of an influence on re-directing attention or broadening the perspective from health care priorities to non-medical health determinants and health disparities. Despite the fact that most provincial and territorial health goals did include those that focused on social and economic conditions and other non-medical health determinants, most of the action continued to be focused on the health care sector.

Similarly, the federal initiative tried a few years ago, the health goals that were put forward, have not resulted in any concrete actions, for a variety of reasons that Dr. Bennett outlined.

I am not convinced that enough has changed in the policy context from the previous attempts, to start down that path again. I really believe that much more work needs to be done, preliminary work, to take a step back before we start thinking about health goals or taking another stab at that.

As the subcommittee outlined in the conclusion of your first report, a key starting point is that a lot of work needs to be done around the area of generating political and public commitment to the idea of a pan-Canadian population health policy strategy that focuses on non-medical determinants of health and aims to reduce health disparities. I do not think that, generally as a population, we really have our heads around non-medical determinants of health and the idea of health disparities. There is much more work to be done there.

Of course, a key piece that is necessary in all of this is the establishment of adequate and ongoing funding to support this sort of endeavour.

Without significant political will, public commitment and sufficient funding, it is likely that the health goals will fail once again to lay the basis for improving the health of Canadians and reducing health disparities.

I believe when we are talking about the need to develop a broad-based commitment to the idea of a federal population health policy strategy, collaborative partnerships between government and non-government representatives from both inside and outside the health sector are key. I know that is not news to anyone. We have heard that a lot; it is well accepted. We need to work more collaboratively and engage in intersectoral sorts of endeavours.

What is really interesting is that, as was noted in the subcommittee's fourth report, even though intersectoral approaches are required, and I think that is well accepted, for addressing many of the determinants of health and health disparities, the notions and understandings of population

C'est une situation dont nous avons été témoins à maintes reprises. Les provinces et les territoires ont tous établi des objectifs en matière de santé au cours des années 1990 et, à la fin de cette décennie, aucun de ces objectifs n'était utilisé concrètement pour guider les politiques visant la santé des populations. On note tout particulièrement que ces objectifs ne semblent pas très efficaces pour ce qui est d'élargir la perspective en redirigeant l'attention à partir des priorités en matière de soins de santé vers les déterminants non médicaux de la santé et les disparités à ce chapitre. Malgré le fait que la plupart des provinces et territoires avaient inclus dans leurs objectifs de santé des buts mettant l'accent sur les conditions socioéconomiques et les autres déterminants non médicaux, la plupart des interventions continuaient d'être axées sur le secteur des soins de santé.

De la même façon, l'initiative fédérale mise en place il y a quelques années, c'est-à-dire les objectifs en matière de santé qui avaient été établis, n'a pas mené à la prise de mesures concrètes, pour les diverses raisons que la Dre Bennett a soulignées.

Je ne suis pas convaincue que la conjoncture politique ait suffisamment changée depuis les dernières tentatives pour l'on s'engage sur cette route une fois de plus. Je crois sincèrement qu'il faut faire beaucoup plus de travail de préparation et s'arrêter un moment pour bien réfléchir à ce que l'on peut faire avant de tenter à nouveau d'établir des objectifs en matière de santé.

Comme le sous-comité l'a indiqué dans la conclusion de son premier rapport, il est primordial avant tout d'arriver à vendre l'idée aux politiciens et à la population d'une stratégie pancanadienne en matière de santé publique qui met l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé et qui vise à réduire les disparités à cet égard. Je ne sais pas si le grand public comprend bien en quoi consistent les déterminants non médicaux de la santé et la notion de disparité. Il y a encore beaucoup de travail à faire.

Bien sûr, un volet essentiel à toute cette entreprise est l'établissement d'un mécanisme de financement adéquat et continu qui permettra d'appuyer ces activités.

À défaut de volonté politique, d'engagement de la part du public et de financement suffisant, il est probable que les buts en matière de santé manqueront de nouveau de jeter les bases nécessaires pour améliorer la santé des Canadiens et réduire les disparités en la matière.

Des partenariats de collaboration entre le gouvernement et des représentants non gouvernementaux de l'intérieur et de l'extérieur du secteur de la santé sont essentiels pour susciter un engagement étendu à l'égard d'une stratégie fédérale sur la santé de la population. Je sais que je ne surprends personne en disant cela. Nous l'avons souvent entendu; tout le monde est d'accord là-dessus. Nous devons travailler plus étroitement et s'engager dans des activités intersectorielles.

Comme le signale votre comité dans son quatrième rapport, même si des approches intersectorielles sont nécessaires pour agir sur beaucoup des déterminants non médicaux de la santé et sur les disparités en matière de santé, les idées de santé de la population, de déterminants de la santé, de disparités en matière de santé,



health, health disparities, determinants of health really just still belong to the health sector. I do not think those ideas and notions have infiltrated the minds and the work of policy-makers and practitioners in non-health sectors.

I do not know that we will be able to make much progress on addressing the non-medical determinants of health and health disparities until there is a broader acceptance and buy-in and knowledge.

Whether it is a gap in knowledge or the lack of buy-in by non-health sectors, I do not think the solution is for the health sector to take charge and go out and educate and advocate. There are many resistances that could occur. It seems to me, although I do not have a really good idea of what this would look like, that what is more likely to develop into broad-based commitment is an ongoing, mutually educative process by which policy-makers and practitioners from a variety of sectors engage in discussions about their respective interests and their mandates.

The goal of these discussions would be to identify where their interests and mandates conflict, where they work against each other and where they intersect. Ideally, over time, hopefully they can determine opportunities to advance mutually beneficial policies and program initiatives.

Some of those would be collaborative, and in some cases they might be independent kinds of initiatives but we would all be marching in the same direction.

I do want to emphasize that I am not arguing against the proposition that the federal government should pursue a population health policy strategy or health goals. In fact, I think it will be impossible to reduce health disparities in Canada if we do not have some sort of comprehensive policy approach, which includes health goals.

However, I do think that the time horizon is very long. When I was reading the overviews of what is happening in different developed countries, some of them seem much further ahead. They started a long time ago and have been working for decades on this.

I think the time horizon is long term, and although the articulation of health goals will likely need to be part of the process at some point, I do think that it is just too soon right now.

What would be more fruitful in the long run is to focus on the establishment of strategies and processes for developing a strong foundation of commitment and funding.

Those are my comments, in brief, and I look forward to speaking about this more.

**The Chair:** Thank you very much, indeed.

et cetera, et leur compréhension « appartiennent » au secteur de la santé, et elles n'ont pas fait leur chemin dans l'esprit et les travaux des décideurs et des praticiens d'autres secteurs.

Je ne suis pas persuadée que nous pourrions faire beaucoup de progrès pour remédier aux déterminants non médicaux de la santé et pour réduire les disparités sur le plan de la santé tant et aussi longtemps qu'on ne ralliera pas tout le monde à l'idée et que ces notions ne seront pas mieux comprises.

Que le problème soit un manque de connaissance ou un manque d'intérêt de la part des autres secteurs, je ne crois pas que les intervenants du secteur de la santé doivent à eux seuls se charger de sensibiliser le reste du monde et de défendre la cause. Cela pourrait donner lieu à beaucoup de résistance. Même si j'ignore comment l'on pourrait procéder, j'ai l'impression qu'il serait plus profitable de miser sur un processus d'éducation mutuelle dans le cadre duquel les décideurs et les praticiens issus de différents secteurs pourraient discuter de leurs intérêts et mandats respectifs.

Le but de ces discussions serait de déterminer à quels niveaux leurs intérêts et mandats divergent, où leur travail prend des directions opposées et où ils se rejoignent. Idéalement, avec le temps, les décideurs et praticiens pourraient cerner des occasions pour mettre de l'avant des politiques et des initiatives qui profiteraient à tout le monde.

Il pourrait s'agir de projets en collaboration ou alors d'entreprises indépendantes, mais des entreprises qui pointent toutes dans la même direction.

Je tiens à préciser que je ne m'oppose pas à la proposition du gouvernement fédéral de mettre en place une stratégie en matière de santé des populations ou d'établir des objectifs en matière de santé. En fait, je crois qu'il sera impossible de réduire les disparités sur le plan de la santé au Canada si nous ne disposons pas d'une approche stratégique globale, incluant des objectifs en matière de santé.

Je crois toutefois qu'on ne se laisse pas suffisamment de temps. J'ai constaté en lisant les résumés de ce qui se passe dans différents pays en voie de développement que certains d'entre eux ont une bonne longueur d'avance. Ils ont entrepris leurs efforts il y a longtemps et travaillent là-dessus depuis des décennies.

Je crois qu'il faut voir à long terme. Même si l'élaboration d'objectifs en matière de santé fera inévitablement partie du processus, je pense qu'il est encore trop tôt pour y penser.

Il serait plus avantageux à long terme de se concentrer sur l'établissement de stratégies et de processus visant à jeter des bases solides en ce qui a trait au financement et à l'engagement des intervenants.

Cela conclut mon exposé. Je serai heureuse de pouvoir discuter de la question plus longuement.

**Le président :** Merci beaucoup.

Of course, this is such a huge subject that it is difficult for anyone to get their arms around it. I will go to you first, Dr. Bennett, with a question, and then to you, Ms. Williamson, with another question.

The senators all have questions, so I will try not to take too long, but I do want to exploit your knowledge while you are here.

We have done four reports. The fifth is coming out in December, barring some change in things over there, in other words, an election or something like that. Right now our plan is to recommend very strongly a whole-of-government approach to population health. Most of the links are in place, and I am very encouraged. I spoke with Ontario Health Minister George Smitherman at some length about this. He will do it; he has put some people to work on it already. This is very encouraging.

Quebec is into it. If we could get the provinces to go for it, get the federal government to go for it and try to be partners rather than someone preaching the gospel from the top down.

I think a huge missing link is community organization. We went down to Cuba. There is a special report in there on Cuba. I wanted to look at the polyclinics. They were integrating health, sport, education and virtually all of the determinants of health through the polyclinics in Cuba. Like Scotland, every Cuban citizen has a doctor, and that doctor is in a polyclinic. That is integrated with public health and so on.

I want to ask you specifically, Dr. Bennett, did you look at Tony Blair's organization with his people down below, the whole-of-government approach?

**Dr. Bennett:** It was the deputy chief officer of health, Fiona Adshead who invited me to Gastein last year. Tony Blair took someone who had actually turned around one of the worst neighbourhoods as the medical officer of health and put her in charge. She had such a huge reputation in terms of being a turn-around person that she set an example for the country in this whole-of-government approach. She knew even as a physician that poverty, violence, the environment, all of these things mattered. Even though people felt the Wanless report, in terms of "choose health", had been skewed towards the causes.

Sir Michael Marmot, as you know, talks about the causes and the causes of the causes. The causes of the smoking exercise are that if everyone would stop smoking, eat nicely and exercise, everyone would be fine. Fiona took that report and put it on a base like Dr. Neudorf has in Saskatoon, saying, "If you cannot afford the running shoes —" We have to take a much more community-development approach but also the self-esteem approach and whatever.

Évidemment, le sujet est très vaste et il est difficile d'en faire le tour. Ma première question s'adresse à vous, docteure Bennett, et je m'adresserai ensuite à vous, madame Williamson.

Les sénateurs ont tous des questions à vous poser, alors je tâcherai d'être bref. J'aimerais cependant pouvoir profiter de votre expertise pendant que vous êtes ici.

Nous avons produit quatre rapports. Le cinquième devrait être publié en décembre, à moins qu'on ne déclenche des élections ou que quelque chose du genre ne vienne changer les plans. En ce moment, nous prévoyons recommander fortement l'adoption d'une approche gouvernementale globale en ce qui a trait à la santé des populations. La plupart des maillons sont en place, c'est très encourageant. J'en ai discuté avec le ministre de la Santé de l'Ontario, George Smitherman, et ce dernier est prêt à passer à l'action. Il a déjà mis des gens au travail. Tout cela est très encourageant.

Le Québec est également prêt à agir. L'idéal serait d'avoir le concours des provinces, et que le gouvernement fédéral soit aussi prêt à collaborer et qu'il agisse comme un partenaire et non comme le berger qui guide ses brebis.

Je crois que les organismes communautaires font cruellement défaut au processus. Nous sommes allés à Cuba. Nous avons produit un rapport spécial sur Cuba. Nous voulions jeter un coup d'œil aux polycliniques. À Cuba, ces cliniques intègrent la santé, le sport, l'éducation et pratiquement tous les déterminants de la santé. Comme en Écosse, chaque citoyen cubain a un médecin, et ce médecin pratique dans une polyclinique. Le tout est intégré à la santé publique et à tout ce qui lui est associé.

J'aimerais vous demander à vous, docteure Bennett, si vous avez examiné l'organisation de Tony Blair et l'approche globale que son gouvernement a mise en place.

**Dre Bennett :** C'est l'administratrice en chef de la santé publique, Fiona Adshead, qui m'a invité à Gastein l'an dernier. Celle-ci était médecin-conseil en santé publique avant que Tony Blair ne la nomme à son poste actuel. On lui doit le redressement d'un des pires quartiers du pays. Sa réputation était telle qu'elle a servi d'exemple pour le pays en ce qui a trait à l'approche gouvernementale globale. Même en tant que médecin, elle savait que la pauvreté, la violence, l'environnement, et tous ces facteurs avaient de l'importance, et ce, même si bien des gens étaient d'avis que les conclusions du rapport Wanless ne présentaient peut-être pas les causes de façon juste en ce qui a trait aux choix santé.

Sir Michael Marmot, comme vous le savez, parle des causes, puis des causes des causes. On part du principe que si tout le monde arrêta de fumer, mangeait sainement et faisait de l'exercice, personne n'aurait de problème de santé. Fiona a pris ce rapport et l'a appliqué de la même façon que l'a fait le Dr Neudorf à Saskatoon : « Si vous ne pouvez pas vous permettre d'acheter des souliers de course... ». Il faut en effet travailler davantage au développement communautaire, mais aussi travailler sur l'estime de soi et d'autres facteurs du genre.



I remember being in Ireland as an international observer shortly after and looking at these hard targets, the take-in on reducing diabetes or heart disease or whatever right straight out of the gate. My feeling is you need to have included people as you choose those targets, but then it is this strong common purpose, local wisdom, local knowledge too.

I would highly recommend, in terms of this weird, complex federal system, that you think of Brenda Zimmerman's report to Romanow, research paper No. 8, where she talks about complexity theory. She looks at the difference between Africa and Brazil on HIV/AIDS. Brazil took the hit because the World Bank had come in and said you will have to let a generation die off. You have no drugs, your people are illiterate and the priests and the nuns are in charge.

The communities said, "We will not let that happen." The self-organizing that happened there meant they got the drugs. The nurses started drawing circles on pieces of paper telling illiterate people what time of day to take the drugs. The nuns and priests started handing out condoms.

If you look at the measurements of what happened with HIV/AIDS in Brazil, it did this, virtually plateaued, and Africa did this.

Setting some goals as a country and then setting some targets is important. Then you have to have the respect for the local wisdom and knowledge to do what communities know need to be done and to be able to set some priorities.

This idea of Brenda Zimmerman's book *Getting to Maybe* is about respect. The people can do what they can do, but you need the targets.

I have to say, I do not think Canada needs to go and get new goals. We have goals. We need the indicators, we need the targets and we need the strategies of what, by when, by how.

I would love to see our Aboriginal peoples lead us. When we wrote the goals, we wrote with them in mind, the people who were here first, who had so much of this right. So the overarching goal as a nation is that we aspire to a Canada in which every person is as healthy as they can be, physically, mentally, emotionally and spiritually, is the medicine wheel.

From the attachment to the land to thinking seven generations out to walking a mile in someone's moccasin, which is the inclusions piece, this is a place where we could turn victims into leaders because the teachings of the Aboriginal peoples are really what population health is. It is what sustainability is.

Peu de temps après, je me rappelle que j'étais en Irlande en tant qu'observatrice internationale et je me suis demandée comment on allait arriver à atteindre ces ambitieux objectifs de réduire les taux de diabète, de maladies cardiovasculaires, et cetera. sans plus de préparation. Je crois qu'il faut penser aux gens lorsqu'on établit ces objectifs, mais il faut aussi penser à tendre vers un but commun et tenir compte de la culture et des connaissances locales.

Je vous recommanderais fortement, pour ce qui est de la complexité du système fédéral, de vous référer au rapport préparé par Brenda Zimmerman dans le cadre de la Commission Romanow, c'est-à-dire l'étude n° 8, dans laquelle elle parle de la théorie de la complexité. Elle examine les différences entre l'Afrique et le Brésil par rapport au VIH/sida. Le Brésil a pris le taureau par les cornes après que la Banque mondiale lui ait dit qu'il allait devoir laisser mourir une génération toute entière parce qu'il n'avait pas les médicaments nécessaires, que la population ne savait ni lire ni écrire et qu'il ne pouvait compter que sur les prêtres et les religieuses pour mener l'entreprise.

Les communautés se sont dit qu'elles n'allaient pas laisser les choses se passer ainsi. Elles ont pris la situation en mains et obtenu les médicaments nécessaires. Les infirmières dessinaient des cercles sur des bouts de papier pour expliquer aux gens qui ne savaient pas lire à quel moment de la journée prendre leurs médicaments. Les religieuses et les prêtres ont commencé à distribuer des condoms.

Si on regarde les statistiques sur le VIH/sida au Brésil, on constate que les choses se sont stabilisées, tandis qu'elles ne font qu'empirer en Afrique.

Il est important pour le pays d'établir des objectifs et de fixer ensuite des cibles. Il faut aussi respecter la culture et les connaissances locales en faisant ce que les communautés savent nécessaire et en étant capable d'établir des priorités.

L'idée derrière le livre *Getting to Maybe* de Brenda Zimmerman, c'est le respect. Les gens peuvent faire ce qu'ils sont en mesure de faire, mais il faut fixer des cibles.

Je dois préciser que je ne crois pas que le Canada doive tenter d'établir de nouveaux objectifs. Nous en avons déjà. Nous avons besoin d'indicateurs, de cibles et de stratégies qui nous permettent de savoir ce que nous visons, comment nous voulons nous y prendre et quand nous voulons y arriver.

J'aimerais beaucoup que nos peuples autochtones puissent nous guider. Lorsque nous avons établi les objectifs, nous les avons établis en pensant à eux, les gens qui étaient ici en premier et qui ont bien mérité ce droit. Alors, l'objectif global en tant que nation consiste à bâtir un pays dont la population est aussi en santé qu'elle le peut physiquement, mentalement, émotionnellement et spirituellement, ce qui est primordial pour faire tourner la roue médicale.

De l'attachement à la terre, à la planification pour sept générations à la fois, à l'idée de marcher un mille dans les mocassins de quelqu'un pour être en mesure de le comprendre, il serait possible de transformer les victimes en leaders, car les enseignements des peuples autochtones rejoignent vraiment la notion de santé des populations. C'est la clé de la durabilité.



My dream would be that we would be like New Zealand where the identity of every New Zealander is the Maori teachers and Maori culture.

We will not build these inequities unless we allow this kind of work to happen as well.

**The Chair:** Before I leave you, at Senator Cook's urging, we went down and had a very close look at the Community Accounts program in Newfoundland.

They are measuring indicators and determinants now. They are modifying them, and they have measurable red dots going to yellow, which is very encouraging. Of course, that is why we want Professor Neudorf here after you, to tell us about that, because I know he has tremendous knowledge about this.

I have talked to the whole hierarchy of information technology. They are convinced that they can wire the system in Canada now.

**Dr. Bennett:** When Dr. Neudorf comes, maybe you would ask him a question. Even though we set up the map generator project at the Public Health Agency of Canada where any community in the country can log in to the map generator and build a map for their community, I am worried also that there are certain places where they still have to pay Statistics Canada to get the data. I would like you, as your committee, to figure out whether or not communities should be paying on a cost-recovery basis for the information that they need to keep people well.

**The Chair:** Senator Cook will not stand for anything less, so do not worry about that. That will be in the report.

Ms. Williamson, you raised the question of leadership in this great Canadian mosaic. It is relatively simple for someone like Tony Blair to put out a system in England. I know that system well; my daughter and my son-in-law both work in it as physicians. Compare that to the complexities of Canada, with our federal, provincial and territory arrangements, the arrangements into larger cities, and the lack of community arrangements in most places. They have grown by serendipity and some of them are good. Then there are our native peoples. We just spent time looking at some of our native communities.

We are committed to strongly recommending a whole-of-government approach and fundamentally saying to governments: Forget about the politics here; get together and work this out. We are going to nail health disparities as a driver, and what we are going to say will not be nice. We feel that we need that kind of initiative to get things rolling. You talked about this terrible problem we have in Canada of leadership, and whether in fact health should lead. When we talked to people through video conference from Scandinavia, they said health cannot lead because health is eating too much of the pie already and people do not want to fall in line. However, you talk to other people and they say the only driver you will get is health because they are the

Mon rêve serait que nous adoptions le modèle de la Nouvelle-Zélande, où chaque citoyen puise son identité dans les enseignements et la culture des Maori.

Nous n'arriverons pas à éliminer ces iniquités si nous n'entreprenons pas ce genre de travail au préalable.

**Le président :** En terminant, j'aimerais vous poser une dernière question, à la demande du sénateur Cook. Nous nous sommes rendus à Terre-Neuve et avons examiné de près le programme des Comptes communautaires.

On mesure actuellement les indicateurs et les déterminants. On met à jour les données, et on voit que des points rouges ont tourné au jaune. C'est très encourageant. Bien sûr, c'est pourquoi nous voulons aussi parler au Dr Neudorf, car nous voulons qu'il nous en dise plus à ce sujet. Je sais qu'il connaît très bien le dossier.

J'ai parlé à des spécialistes de tous les niveaux en matière de technologie de l'information, et ces derniers sont convaincus qu'ils peuvent connecter le système à l'échelle du Canada.

**Dre Bennett :** Vous pourriez sans doute poser la question au Dr Neudorf lors de son passage. Même si le projet de générateur de cartes lancé à l'Agence de la santé publique du Canada permet à chacune des communautés du pays de s'inscrire et de créer une carte pour sa collectivité, je crains qu'on ne doive encore payer Statistique Canada dans certains endroits pour obtenir les données nécessaires. J'aimerais que votre sous-comité tente de savoir si les communautés devraient ou non déboursier, selon le principe de la récupération des coûts, pour obtenir l'information dont elles ont besoin pour garder la population en santé.

**Le président :** Le sénateur Cook va défendre fortement ce point, ne vous en faites pas. Ce sera dans le rapport.

Mme Williamson, vous avez soulevé la question du leadership dans cette belle mosaïque qu'est le Canada. C'est relativement facile pour quelqu'un comme Tony Blair de mettre un système en place en Angleterre. Je connais bien ce système, d'ailleurs; ma fille et mon gendre sont tous deux médecins là-bas. Il serait impossible de l'appliquer dans un pays complexe comme le Canada, avec ses structures fédérales, provinciales et territoriales, les ententes avec les grandes villes, et le manque de services communautaires dans bien des endroits. Les infrastructures se sont développées un peu par un heureux hasard, et certaines sont très bien. Il faut aussi penser à nos peuples autochtones. Nous avons regardé ce qui se passe dans certaines communautés autochtones.

Nous sommes déterminés à recommander fortement l'adoption d'une approche gouvernementale globale et à dire essentiellement aux gouvernements : « Oublions la politique une minute. Serrons-nous les coudes et trouvons une solution. » Notre grande motivation sera de réduire les disparités sur le plan de la santé, et il est possible que nous n'ayons pas de belles choses à dire. Nous croyons que nous devons avoir ce genre d'initiative pour faire démarrer les choses. Vous avez parlé de ce grand problème de leadership que nous avons au Canada et du fait que le secteur de la santé devrait peut-être prendre les rênes. Lorsque nous avons parlé à des représentants de la Scandinavie par vidéoconférence, ils nous ont dit que le secteur de la santé ne

only ones that will get the huge benefit of this — the salvation in Canada of our health care delivery system financially. Perhaps health has to drive it.

Ms. Williamson, tell us what we have to say.

**Ms. Williamson:** I cannot even say anything because it is a huge challenge and it is a huge problem. Part of my reason for saying that I do not know that it can work if health is leading is exactly what you talked about in terms of the potential for resistances. On my sabbatical several years ago I spent time at the policy research initiative and it was fascinating to me how they were working on social policy and horizontal policies, but health was not in there. That was one of the things I worked on when I was there. I was very conscious that health was not part of that; the rationale being, if health already gets so much money and if they cannot figure out how to fix things, then we are not going to go into that area.

I saw from some in the non-health sector that the resistance is there. If you are interested in reducing health disparities, the non-health sector needs to be involved. As an example, at the federal level, you can be interested in childhood development and early intervention and having kids prepared for school, but at the provincial levels in the ministries responsible for social assistance, you have kids living on incomes that are so low that that will have negative life-long effects starting with their school readiness and for the rest of their lives and their health.

If health is wanting that outcome, they somehow must work with other ministries to figure out what it is that they want, what their interests are, what their mandates are, and how they can work together to move their agendas forward. That is just one example where it is a conflict.

My hesitancy in that this is a health initiative is that the fundamental bases of health disparities are rooted in causes outside the health sector. Some processes to work together are the only way to move it forward.

**The Chair:** I heard the Minister of Health from British Columbia speak a year ago. He has a slide of doomsday with rising health care costs, education as a straight line, everything else going down. In fact he is saying that the health care delivery system is a threat to health because it is robbing all of the 11 or more determinants of the money they should have to provide what they need for a healthy population. Do you think that is incentive enough to bring the other people into the fold?

**Ms. Williamson:** I do not know. That is a good question. Perhaps it could be.

pouvait pas assurer le leadership, car il draine déjà suffisamment de ressources; les gens ne voudront pas suivre. Toutefois, d'autres nous affirment que la santé est le seul moteur possible, car c'est le seul secteur qui récoltera les énormes avantages de cette entreprise, c'est-à-dire le redressement financier du système canadien de prestation de soins de santé. Peut-être que le secteur de la santé devrait être à la tête de cette initiative.

Mme Williamson, pouvez-vous commenter?

**Mme Williamson :** Je ne sais pas trop quoi dire, car il s'agit d'un défi de taille et d'un problème colossal. Si je doute que le secteur de la santé puisse mener la barque efficacement, c'est précisément en raison des résistances possibles que vous avez mentionnées. Pendant mon congé sabbatique, il y a quelques années, j'ai travaillé au Projet de recherche sur les politiques. C'était fascinant de constater que même si l'on travaillait à des politiques sociales et horizontales, la santé ne faisait pas partie de l'équation. C'est une des choses que j'ai tenté de faire à ce moment-là. J'étais très consciente que le secteur de la santé avait été mis de côté. On ne voulait pas se mêler de régler les problèmes d'un secteur qui recevait déjà beaucoup d'argent, et qui n'arrivait pourtant pas à remédier à la situation.

J'ai déjà perçu de la résistance de la part de certains autres secteurs. Si l'on veut réduire les disparités sur le plan de la santé, tout le monde doit être mis à contribution. On peut par exemple s'intéresser, au niveau fédéral, au développement de l'enfance, à l'intervention précoce et à la préparation des enfants en vue de leur entrée à l'école, mais ces efforts resteront vains si les ministères provinciaux responsables de l'aide sociale ne font pas ce qu'il faut pour éviter que des enfants vivent de revenus si bas que cela aura des effets néfastes permanents sur eux et leur santé, en commençant par leurs capacités scolaires.

Si le secteur de la santé tient à réduire les disparités, il doit établir une collaboration quelconque avec d'autres ministères pour tenter de savoir quelles sont leurs attentes, quel sont leurs intérêts, leurs mandats, et voir comment ils peuvent travailler ensemble pour faire avancer leurs programmes respectifs. Il ne s'agit que d'un exemple d'une situation où les intérêts peuvent diverger.

Si je ne suis pas convaincue qu'il s'agisse d'une initiative de santé, c'est que les causes fondamentales des disparités ne sont pas issues de ce secteur. La seule façon de faire avancer les choses est de trouver le moyen de travailler ensemble.

**Le président :** J'ai entendu une allocution du ministre de la Santé de la Colombie-Britannique l'an dernier. Il nous a présenté un scénario catastrophique : les coûts des soins de santé ne font qu'augmenter, les ressources allouées à l'éducation stagnent et tout le reste diminue. En fait, il affirme que le système de santé est une menace pour la santé, parce qu'il vole l'argent qui devrait servir aux onze autres déterminants pour veiller à garder la population en santé. Pensez-vous que cet argument serait suffisant pour convaincre les autres secteurs de se rallier à la cause?

**Mme Williamson :** Je ne sais pas. C'est une bonne question. Peut-être bien.



Another key problem is that as Canadians we have an incredible commitment to our public health care system and are proud of it, and that is well founded. We are stuck there and do not have a good understanding of what it is that will enhance our quality of life beyond the times when we are sick and need that health care system. It is not just what is needed from leadership; trying to change the values and understandings of the public is a really important piece of it.

**The Chair:** I usurped a lot of time from the other senators here and I am sorry, honourable senators, but I will give you more time. We will run a little overtime here.

**Senator Calbeck:** Dr. Bennett, I want to go back to 2005. The provincial, federal and territorial ministers agreed on health goals to improve the status of Canadians. The provinces were to implement these goals. What was the federal government's role going to be?

**Dr. Bennett:** We felt it was important that it be first ministers doing this if we were going to get these things done that are really none of your business as a health minister. The health ministers approved the goals but the next step was to continue the collaborative process that we had begun in terms of criss-crossing the country and listening to people as to what should be in the goals. Then, what it says in the communiqué, to collaborate with experts and all governments to pick the indicators and the targets. It was still felt that there needed to be a federal role on the indicators and targets. The thing I left out a little bit was that my picture of the teepee of the Big Brother federal government and all the little provinces reporting to the federal government is very old fashioned. It went from the teepee to the dream catcher, where the dream catcher was a horizontal thing. The federal government would still have to bring up its challenges with Aboriginal people, with the Armed Forces, military and RCMP. We had the same struggles, and we should be at the same table sharing best practices and choosing indicators. We have moral authority as the federal government when the people for whom we have the direct responsibility have the worst outcomes. We need to work together on this. It is a shared responsibility.

We need to pick good indicators and health goals. Youth suicide is a harsh indicator, but it tells a lot, just as do finishing high school or smog or boil water orders, obesity, injury, lifelong learning. There were various indicators that we could have chosen and then to pick real targets that were doable. The health ministers felt that was a collaborative thing and that the federal government had to have a role. So did communities. We knew that things like the Vancouver agreement had really worked in terms of people coming together from all three jurisdictions, saying we will not spend one more penny but could we take all the money we are already spending and spend it differently? We had done that under Judge McMurtry in Toronto on community safety where officials from all levels of government came together to discuss what to do about this issue. It needed to be

Une autre grande difficulté réside dans le fait que les Canadiens sont très fiers de leur système de santé, et on peut comprendre pourquoi. Nous faisons du sur place et nous ne comprenons pas bien ce qui nous permettra d'améliorer notre qualité de vie au-delà des fois où nous sommes malades et que nous avons besoin de soins de santé. Nous devons non seulement assurer un leadership, mais aussi essayer de changer les valeurs et les perceptions du public, et ce n'est pas une mince affaire.

**Le président :** J'ai beaucoup empiété sur le temps de parole des autres sénateurs et je vous prie de m'excuser, chers collègues, mais je vais vous accorder plus de temps. Nous allons prolonger la séance.

**Le sénateur Calbeck :** Docteure Bennett, je veux revenir à 2005. Les ministres au niveau fédéral, provincial et territorial se sont mis d'accord sur des objectifs visant à améliorer l'état de santé des Canadiens. Les provinces devaient concrétiser ces objectifs. Quel devait être le rôle du gouvernement fédéral?

**Dre Bennett :** Nous estimions qu'il était important que ce soit les premiers ministres qui s'en occupent, si nous voulions que soit accompli ce travail qui ne regarde vraiment pas un ministre de la Santé. Les ministres de la Santé ont approuvé les objectifs, mais l'étape suivante consistait à poursuivre le processus de collaboration que nous avions entamé pour parcourir le pays et entendre l'opinion de la population sur ce que les objectifs devraient renfermer. En outre, le communiqué dit qu'il faut collaborer avec des experts et tous les gouvernements pour choisir les indicateurs et les buts. On estimait encore qu'il fallait que le fédéral ait un rôle à jouer à l'égard des indicateurs et des buts. Ce que j'ai laissé un peu de côté, c'était mon image très désuète de la structure verticale du tipi, du gouvernement fédéral « Big Brother » et de toutes les petites provinces relevant de lui. On est passé de la structure verticale du tipi à la structure horizontale du capteur de rêves. Le gouvernement fédéral devait toujours relever ses défis concernant les peuples autochtones, les forces armées, les militaires et la GRC. Nous avions les mêmes luttes à mesure, et nous devons être à la même table en train d'échanger des pratiques exemplaires et de choisir des indicateurs. Comme gouvernement fédéral, nous avons une autorité morale quand les gens qui relèvent directement de nous enregistrent les pires résultats de tous. Nous devons travailler ensemble à cet égard. C'est une responsabilité partagée.

Nous devons choisir de bons indicateurs et objectifs de santé. Le suicide chez les jeunes est un indicateur difficile, mais qui en dit long, tout comme le nombre d'élèves qui terminent leurs études secondaires, le smog ou les avis d'ébullition de l'eau, l'obésité, les blessures, l'éducation permanente. Nous aurions pu choisir divers indicateurs, et ensuite sélectionner de vrais buts réalisables. Les ministres de la Santé estimaient que c'était un processus de collaboration et que le gouvernement fédéral devait jouer un rôle. Les collectivités devaient en avoir un aussi. Nous savions que des initiatives comme l'Accord de Vancouver avaient vraiment réussi à mobiliser des gens des trois paliers, disant que nous ne dépenserons pas un sou de plus, mais ne pourrions-nous pas prendre tout l'argent que nous déboursions déjà et le dépenser différemment? C'est ce que nous avons fait sous la gouverne du



collaborative, particularly since we had just come through SARS where clearly the lack of communication and cooperation had killed people.

**Senator Callbeck:** You spoke about a cabinet committee. Comments have been made and we had witnesses who said that it should be headed by the Department of Finance, and some said by Health Canada. How do you feel about that?

**Dr. Bennett:** A truly collaborative cabinet committee should be headed by the person who can get it done. I would not put Finance there, in that Finance officials' job is to put enough sticker shock on everything so that you cannot do anything. Finance officials would not be the people I would have preparing the meeting. You need to have someone who really wants to get it done. Obviously, with the Aboriginal Affairs committee of cabinet, Paul Martin chaired it. My co-chair on the health goals process in Manitoba chaired the children's cabinet subcommittee. I do not think the chair is as important as the direction from the Prime Minister or the first minister that they want results from this committee and in what, by when, and how, and that they put in place whoever has the time to bring everybody else together so that this cabinet committee becomes a priority, not running their ministry or whatever.

**Senator Callbeck:** Ms. Williamson, you talked about generating public and political commitment, in other words, getting broad-based support, and I agree with you 100 per cent. The question is how you do it. You said that the health sector should be out there on the front lines, but who should take the initiative here?

**Ms. Williamson:** I do not know. A group of people. The health sector can take the initiative, but it has to be willing at an early stage to be working with those who are not in the health sector so that there is the commitment within governments. When I was thinking about this, I thought maybe there are other initiatives that we can look at where Canadians' understandings and values have changed significantly over time. An example would be smoking. That is a drastic change. What are the kinds of things that were done to change the public's perceptions of smoking and their understanding of the dangers of it? It has taken decades, but it came from a variety of different places, from the school systems and projects that kids do early on in school, to broad advertising, to the cigarette packages. There are many of them. Over time, that shifted thinking. There may be something to be learned from looking at other initiatives that have been successful, and that has been a huge success.

**Senator Callbeck:** It has been a tremendous success, but the federal government took the leading role there, did they not?

**Ms. Williamson:** Probably.

juge McMurtry à Toronto en matière de sécurité communautaire où des fonctionnaires de tous les paliers de gouvernement se sont réunis pour discuter des mesures à prendre à l'égard de ce problème. Il fallait une collaboration, surtout étant donné que nous venions de sortir de la crise du SRAS, où des gens avaient perdu la vie clairement à cause du manque de communication et de coopération.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez parlé d'un comité du Cabinet. Des commentaires ont été formulés et selon certains témoins, il devrait être présidé par le ministère des Finances et selon d'autres, par Santé Canada. Qu'en pensez-vous?

**Dre Bennett :** Un comité du Cabinet qui collabore vraiment devrait être présidé par la personne en mesure de faire avancer les choses. Je ne mettrais pas le ministère des Finances à la tête puisque le travail de ses fonctionnaires consiste à dire pour tout ce que le prix est trop élevé si bien qu'on ne peut rien faire. Je ne confierais pas la tâche de préparer la réunion aux fonctionnaires du ministère des Finances. Il faut quelqu'un qui veut vraiment que le travail se fasse. Bien entendu, c'est Paul Martin qui présidait le comité du Cabinet chargé des affaires autochtones. Mon coprésident du processus relatif aux objectifs de santé au Manitoba présidait le sous-comité du Cabinet chargé des questions liées à l'enfance. Je ne crois pas que la présidence importe autant que l'orientation donnée par le premier ministre fédéral ou provincial, qui veut que le comité aboutisse à des résultats dans tel domaine, dans tel délai et de telle manière et qui nomme quiconque a le temps de réunir tous les autres pour que ce comité du Cabinet devienne la priorité, et non pas la gestion du ministère ou peu importe.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Williamson, vous avez parlé de susciter un engagement public et politique, c'est-à-dire un appui étendu, et je suis tout à fait d'accord avec vous. Reste à savoir comment s'y prendre. Vous avez dit que le secteur de la santé devrait être aux premières lignes, mais qui devrait prendre l'initiative?

**Mme Williamson :** Je ne le sais pas. Un groupe de personnes. Le secteur de la santé peut prendre l'initiative, mais il doit être disposé très tôt à travailler avec des gens qui n'en font pas partie de sorte qu'il y ait un engagement entre les gouvernements. En y réfléchissant, j'ai pensé qu'il y a peut-être d'autres initiatives que nous pouvons examiner où les conceptions et les valeurs des Canadiens ont considérablement changé au fil des ans. Le tabagisme en est un exemple. C'est un changement radical. Comment en est-on arrivé à changer la façon dont la population perçoit le tabagisme et en comprend les dangers? Il a fallu des décennies, mais c'est arrivé par divers moyens, depuis les systèmes scolaires et les projets que réalisent les enfants à un très jeune âge, jusqu'aux vastes campagnes publicitaires, aux mises en garde sur les paquets de cigarettes. Les moyens ne manquent pas. Avec les années, la façon de penser a changé. On peut peut-être apprendre en examinant d'autres initiatives fructueuses, et celle-là a remporté un énorme succès.

**Le sénateur Callbeck :** En effet, mais le gouvernement fédéral a joué le rôle de chef de file, n'est-ce pas?

**Mme Williamson :** Probablement.

**Senator Callbeck:** Thank you.

[Translation]

**Senator Pépin:** Earlier, Dr. Bennett, you talked about a department where everyone collaborates. Should aims and targets not be entrenched in legislation, as is the case in Sweden? Should we not adopt a new act or propose amendments to the existing one to include necessary aims and targets? Is there a better way of achieving our objective than resorting to legislation, so that departments and agencies are able to work together and have a major impact by focusing on health targets?

**Dr. Bennett:** I have dreamed of a true public health act where the focus would be on the need for clear program analysis, not on the need for a public health agency. It would be something like section 54 in Quebec. We would have a first minister, like the one appointed once by Mr. Trudeau. There would be an emphasis on gender-based health studies. Sometimes, this is determined by legislation, other times, by culture and tradition. A leader would implement the provisions of a health memorandum, taking into account cabinet considerations.

We need a public health care system and the best way to develop one may be through legislation.

**Senator Pépin:** We need a public health system, but should we not be focussing more on disparities, rather than on determinants? That would make it easier to see where action is needed. Every bill is focussed on health, but we need to focus attention on health disparities. People could then focus their efforts on these areas and tackle the problems that need to be addressed.

**Dr. Bennett:** Indicators are important. To achieve our goal of horizontal government, we need to institute some changes. Ministerial accountability is not enough. Indicators must apply to the whole of government, through the efforts of the Auditor General.

In New Zealand, a commissioner is responsible for measuring health outcomes.

[English]

**The Chair:** I thank you both for the magnificent presentations.

**Dr. Bennett:** We cannot thank you enough for these deliberations.

**The Chair:** Mr. Neudorf, please proceed.

**Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services, Saskatoon Health Region:** On behalf of Saskatoon Health Region and the intersectoral partners that have taken part in our Comprehensive Community Information System, I would like to thank the members of the Senate Subcommittee on Population Health for the opportunity to speak today. I will focus my comments on the surveillance, research and advocacy that is being led by our Saskatoon health region through the population public health observatory we established

**Le sénateur Callbeck :** Merci.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Vous parliez tantôt, docteur Bennett, d'un ministère où tout le monde collaborerait. Ne devrait-on pas inscrire dans une loi les buts et les cibles dont nous avons besoin comme en Suède? Devrait-on adopter une nouvelle loi ou proposer des amendements à une loi existante dans laquelle on inscrirait les buts et les cibles nécessaires? Y a-t-il un meilleur moyen d'y arriver que le recours législatif afin que les ministères et les agences soient capables de travailler ensemble et aient un impact important, se conformant aux buts qu'on veut réaliser en santé?

**Dre Bennett :** J'ai rêvé d'une vraie loi de la santé publique qui insisterait sur le besoin d'une analyse spécifique en ce qui concerne la santé et les programmes, non pas d'établir une agence pour la santé publique. Ce serait comme l'article 54, au Québec. Un premier ministre, comme M. Trudeau l'a déjà fait. On insisterait pour faire des études sociales sur la santé selon le sexe. Cela est déterminé parfois par une loi, d'autres fois par la culture ou une coutume. Un chef de file appliquerait le memorandum concernant la santé en tenant compte des considérations du Cabinet.

Nous avons besoin d'un système pour la santé. La meilleure façon d'y arriver serait peut-être avec un projet de loi.

**Le sénateur Pépin :** On a besoin d'un système pour la santé, mais ne devrions-nous pas cibler plus les disparités sur les déterminants? On verrait plus facilement où il faudrait agir. Tous les projets de loi sont faits pour la santé, mais il faudrait attirer l'attention sur les disparités qui existent en santé. Les gens pourraient travailler beaucoup plus et on serait capable de fixer les points sur lesquels on devrait le faire.

**Dre Bennett :** Les indicateurs sont importants. Pour atteindre notre objectif d'avoir un gouvernement horizontal, nous avons besoin de changements. L'imputabilité des ministres n'est pas suffisante. Il faut que les indicateurs s'appliquent à tout le gouvernement et ce, par l'entremise du vérificateur général.

En Nouvelle-Zélande, c'est un commissaire qui mesure les résultats en santé.

[Traduction]

**Le président :** Merci pour vos deux excellentes présentations.

**Dre Bennett :** Nous ne saurions trop vous remercier pour ces délibérations.

**Le président :** Monsieur Neudorf, nous vous écoutons.

**Dr Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Services de santé publique, Région sanitaire de Saskatoon :** Au nom de la région sanitaire de Saskatoon et des partenaires intersectoriels qui ont participé à la mise sur pied de notre système exhaustif d'information communautaire (CCIS), j'aimerais remercier les membres du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations de me donner l'occasion de m'adresser à eux aujourd'hui. Je vais parler principalement des initiatives en matière de surveillance, de recherche et de défense des intérêts qui sont menées par la région



in Saskatoon in partnership with the members of our regional intersectoral committee. I have given you a description of the types of stakeholders gathered around that table.

The group has been supportive in getting us to where we are at, and I will give you details about the efforts in building the CCIS. I will also give some examples of how population health data has led to program and policy change at the local level.

If I were to step back 10 or 15 years and look at what we were charged to do within the public health system in Saskatoon, I would find that the human service providers — the sector that we deal with in terms of determinants of health — were needing to gather together more to look for joint solutions if they wanted to get at the root causes, or causes of the causes, behind some of the population health problems facing our community.

There was a group was mandated to come together at a regional level, comprising representatives from health, social services, education, justice, municipal government, and a few different non-government organizations and associations. Its mandate was to find issues of common concern and to find common solutions.

Many of the sectors had individual programs aimed at certain problems, but many of them felt that these were band-aid solutions. They were looking for more complex and elegant solutions to weave together in order to improve population health outcomes and deal with the root causes. I learned early on that the term “population health” or “community health” did not resonate with this group. They were looking for more inclusive wording and getting away from the health imperialism.

In Saskatoon, the Medical Health Officer is charged with producing a health status report on an annual basis. This used to be aimed primarily at the health region level, setting out the kinds of things that the health system should be doing differently to improve health status. As we were developing plans, I found increasingly that more and more of the data I needed to get a picture of the health status of our community resided outside the health system. Much of that data was not available to me in a format that I could analyze easily and link with our health data to give a coherent picture.

However, I found that presenting the data only was not enough; interpreting the data was very important and giving recommendations for change was necessary. We started giving recommendations for changes within the health sector, but other sectors as well. With this in mind, I met with the Regional Intersectoral Committee in the late 1990s to talk about the need for data sharing between our groups at a much more detailed

sanitaire de Saskatoon par l'entremise de l'observatoire de la santé publique que nous avons établie à Saskatoon en partenariat avec les membres de notre comité régional intersectoriel. Je vous ai donné une description des types d'intervenants réunis autour de cette table.

Le groupe nous a aidés à nous amener au point où nous en sommes, et je vais vous fournir des détails sur les efforts déployés en vue de créer le CCIS. Je vais aussi vous donner des exemples de la manière dont les données sur la santé des populations ont donné lieu à des changements dans les programmes et les politiques au niveau local.

Si je devais retourner 10 ou 15 ans en arrière et regarder ce que nous étions chargés de faire au sein du système de santé publique à Saskatoon, je constaterais que les fournisseurs de services sociaux — le secteur sur lequel nous nous penchons pour ce qui est des déterminants de la santé — auraient dû se réunir davantage pour trouver des solutions communes pour s'attaquer aux causes profondes, ou aux causes des causes, derrière certains des problèmes de santé des populations auxquels est confrontée notre collectivité.

On a mandaté un groupe au niveau régional, composé de représentants des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la justice, de même que de l'administration municipale et de quelques organisations et associations non gouvernementales différentes. Son mandat consistait à repérer des problèmes communs et à trouver des solutions communes.

Bien des secteurs comptaient des programmes individuels ciblant des problèmes donnés, mais un grand nombre d'entre eux estimaient qu'il s'agissait de solutions de fortune. Ils cherchaient des solutions plus complexes et élégantes à mettre ensemble pour améliorer les résultats en matière de santé des populations et s'attaquer aux causes profondes. J'ai appris très tôt que les expressions « santé des populations » et « santé des collectivités » ne trouvaient pas d'écho chez ce groupe. Il cherchait une terminologie plus universelle et voulait s'éloigner de l'impérialisme de la santé.

À Saskatoon, le médecin hygiéniste est chargé de produire chaque année un rapport d'étape sur la santé publique. Ce rapport ciblait autrefois principalement le niveau régional et énonçait ce que le système de santé devrait faire différemment pour améliorer l'état de santé des populations. Lorsque nous étions en train d'élaborer des plans, je me suis aperçu que de plus en plus, les données dont j'avais besoin pour me faire une idée de l'état de santé de notre collectivité se trouvaient à l'extérieur du système de santé. Je ne pouvais pas avoir accès à une bonne partie de ces données sous une forme dans laquelle je pouvais facilement les analyser et les comparer à nos données sur la santé pour dresser un portrait cohérent.

Toutefois, j'ai constaté que présenter seulement les données ne suffisait pas; il était aussi très important de les interpréter et de soumettre des recommandations de changements. Nous avons commencé à formuler des recommandations de changements dans le secteur de la santé, mais dans d'autres secteurs également. Cela dit, j'ai rencontré le comité régional intersectoriel à la fin des années 1990 pour discuter de la nécessité d'un échange de données



level. In the past, we would receive annual reports from these various groups. They would be at their own geographic boundaries for their systems. So we could not make one-to-one comparisons.

The argument was made that we could give data sharing a priority at a low level of aggregation and work at determining the underlying tools for housing, maintaining and analyzing it, as well as maintaining privacy on the data. The plan was to see whether, by sharing data at that level, we could start using each other's data in a more layered way for more comprehensive planning within our sectors and for looking at joint problems and solutions. From this, the concept of the CCIS was born. You will notice that the word "health" is not in the term because they decided this was more than a focus on the health system.

Since then, we have developed several versions of the system as a proof of a concept. Increasingly data users have been engaging with the data and starting to give us feedback as to what makes it more useful for them. We have made improvements on it and now we have a penultimate conceptual and logical design for the definitive system that we started to build this year.

The key component is that this information system is a linkable relational database from these various sectors. It assembles data from multiple sources and is supported by appropriate tools for analysis, including display through mapping software. It enables users to choose a variety of breakdowns by different types of geography within our region, by different age groups, risk factors, et cetera. The data can then be integrated and analyzed according to individual user need.

We are forming a network of databases across agencies and sectors instead of creating a centralized mega database so that we can pull data from different sectors as needed at a population level.

As people analyze the information and analysis is produced in terms of layered maps, reports, new surveys or research, it is added to that website so that people can continue to access and receive the benefit of the researchers' studies and the perspectives of the various groups. In that way, we do not have duplication of research.

Some of those reports are pre-analyzed, such as health status reports in my case or neighbourhood profiles that the municipality will do using census data. These might include charts, maps and some text analysis at various geography levels.

Another level of access is that a limited amount of querying can be done. I provided a CD with some screen shots indicating what the system looks like and the type of output it provides. Essentially, it allows more educated users, let us say epidemiologists or analysts, to be able to query the database

beaucoup plus détaillées entre nos groupes. Dans le passé, nous recevions des rapports annuels ces différents groupes. Leurs systèmes se limitaient à leur propre territoire géographique de sorte qu'on ne pouvait pas établir de comparaisons entre eux.

On a fait valoir qu'en matière d'échange de données, on pourrait accorder la priorité au regroupement des données à petite échelle et à la détermination des outils nécessaires pour stocker, tenir à jour et analyser les données, de même que pour en assurer la confidentialité. Le plan, c'était de voir si, en échangeant des données à ce niveau, nous pourrions commencer à échanger des données de manière plus stratifiée pour une planification plus exhaustive au sein de nos secteurs et pour repérer des problèmes communs et trouver des solutions communes. L'idée du CCIS est venue de là. Vous remarquerez que le mot « santé » ne se trouve pas dans le nom parce qu'il a été décidé qu'on ne se limiterait pas uniquement au système de santé.

Depuis, nous avons mis au point plusieurs versions du système pour démontrer le concept. Les utilisateurs se servent des données de plus en plus et commencent à nous faire part de ce qui est le plus utile pour eux. Nous avons apporté des améliorations au système et nous avons maintenant un avant-dernier schéma conceptuel et logique pour la version finale que nous avons commencé à élaborer cette année.

L'élément central, c'est que ce système d'information est une base de données qui permet d'établir des liens à partir de ces différents secteurs. Il regroupe des données de diverses sources et est soutenu par des outils d'analyse appropriés, y compris l'affichage au moyen d'un logiciel de cartographie. Il permet aux utilisateurs de choisir une foule de ventilations par différents types de divisions géographiques dans notre région, groupes d'âge, facteurs de risque, et cetera. Les données peuvent alors être intégrées et analysées selon les besoins de l'utilisateur.

Nous sommes en train de créer un réseau de bases de données pour l'ensemble des organismes et des secteurs plutôt qu'une méga base centralisée pour que nous puissions rassembler au besoin des données de différents secteurs au niveau de la population.

Au fur et à mesure que les gens analysent l'information et que cette analyse prend la forme de cartes, de rapports, de recherches ou de nouveaux sondages stratifiés, elle est ajoutée au site Web pour que les gens puissent continuer d'avoir accès aux études des chercheurs et aux points de vue des différents groupes. En ce sens, nous n'avons pas de chevauchement pour ce qui est de la recherche.

Certains de ces rapports sont analysés au préalable, comme les rapports sur l'état de la santé dans mon cas ou les profils de quartier que la municipalité préparera à l'aide des données du recensement. Ils peuvent inclure des tableaux, des cartes et des analyses de textes à différents niveaux géographiques.

Un autre niveau d'accès, c'est qu'une quantité limitée de recherches peut être faite. J'ai fourni un CD montrant à quoi ressemble le système et ce qu'il donne comme résultat. Il permet essentiellement à des utilisateurs plus instruits, des épidémiologistes et des analystes par exemple, de pouvoir faire

and get a customized output of what they need for producing their own reports, and also allows a more detailed level of access to data for researchers.

An important aspect for me was the public concept. We wanted to have a certain level of data available to anyone who could log on to obtain access to this. We get requests for all kinds of population health data from students, from community groups and associations. We want this data available for these groups to use free of charge.

While this system is being built in its definitive form, we have been trying out the tool as a prototype. We worked on the concept and tested it within the region. I want to provide you with a brief example of how we did that.

We used the census and health data together to focus in on neighbourhood analysis within the city and now in the rural part of our region as well. We wanted to try to categorize neighbourhoods by an index of deprivation, and also, using only income, to categorize it into quintiles, so we can see where the most deprived versus least deprived areas of the city are. Then, using those geographic boundaries, we have gone back to the health data from hospitalization, mortality, primary care use, pharmacy use, vital statistics information, health status indicators and usage of certain preventative services. Across that whole continuum, we have looked at what the health disparity is in our city.

This has been done in other countries. It was intended to be done at a small geographic level in Saskatoon. The biggest difference with what we have done here is when this type of study was previously done in Canada, it was mostly done at a census boundary, a census tract level or a postal code level. What you are after there is an academic exercise determining what degree of poverty or lack of education is associated with health disparity. I found that in trying to translate that information to decision-makers, it loses impact. I found what was needed was to put it into a local context.

We use natural neighbourhoods in our city, which have a population of between 1,000 and 5,000 people, that everyone recognizes. They know what neighbourhood they belong to. We cluster those neighbourhoods according to deprivation and present data in that way.

The extent of the deprivation is a bit diluted when you do it that way, but it is far more recognizable and it connects with people at a visceral level. The study that came out showed for many of these conditions there were health disparities of hundreds, sometimes thousands, of percentage points of difference.

Just before we released the data, we did a public survey to see what the extent to which the public already knew this existed. The important issue we found here was that although most people

des recherches dans la base de données et d'obtenir un résultat adapté à leurs besoins pour produire leurs propres rapports. Il permet aussi aux chercheurs d'accéder à des données plus détaillées.

L'aspect public comptait pour moi. Nous voulions qu'une certaine quantité de données soit mise à la disposition de quiconque pouvait ouvrir une session pour y avoir accès. Nous recevons des demandes pour obtenir toutes sortes de données sur la santé des populations de la part d'étudiants, d'associations et de groupes communautaires. Nous voulons que ces groupes puissent accéder à ces données gratuitement.

Pendant que la version finale du système est en train d'être élaborée, nous avons testé l'outil en tant que prototype. Nous avons travaillé sur le concept et l'avons testé dans la région. Je vais vous expliquer brièvement comment nous avons procédé.

Nous avons regroupé les données du recensement et celles sur la santé pour nous concentrer sur des analyses de quartiers dans la ville, que nous avons maintenant étendues aux milieux ruraux de notre région également. Nous voulions essayer de catégoriser les quartiers au moyen d'un indice de défavorisation et aussi, en utilisant le revenu seulement, les classer en quintiles pour voir quelles sont les régions les plus défavorisées et celles qui sont les plus privilégiées de la ville. Ensuite, en utilisant ces limites géographiques, nous avons consulté les données sur la santé relatives à l'hospitalisation, à la mortalité, au recours aux soins primaires, à l'utilisation des pharmacies, aux statistiques d'état civil, aux indicateurs de santé et à l'utilisation de certains services de prévention. À partir de cet ensemble de données, nous avons examiné quelle est la disparité en matière de santé dans notre ville.

Cette analyse a été faite dans d'autres pays. Elle devait être effectuée à petite échelle à Saskatoon. La plus grande différence qui existe avec ce que nous avons fait ici, c'est que lorsqu'une étude de ce genre était menée dans le passé au Canada, elle était effectuée surtout en fonction des zones de recensement, des districts de recensement ou des codes postaux. Ce qu'on veut faire, c'est un exercice théorique qui déterminera quel niveau de pauvreté ou manque d'éducation est lié à la disparité en matière de santé. En essayant de transposer cette information dans la pratique pour les décideurs, je me suis rendu compte qu'elle perd de son effet. Je me suis aperçu qu'il fallait l'appliquer à un contexte local.

Dans notre ville, nous utilisons les quartiers naturels qui comptent une population allant de 1 000 à 5 000 habitants et que tout le monde reconnaît. Les habitants savent à quel quartier ils appartiennent. Nous regroupons ces quartiers en fonction de la défavorisation et présentons les données de cette manière.

L'étendue de la défavorisation est un peu diluée quand on procède ainsi, mais elle est beaucoup plus reconnaissable et rejoint les gens viscéralement. L'étude qui a été rendu publique a révélé que pour un grand nombre de ces conditions, il y avait des disparités en matière de santé affichant des centaines, parfois même des milliers de points de pourcentage de différence.

Juste avant de communiquer les données, nous avons réalisé un sondage d'opinion publique pour voir à quel point la population connaissait déjà l'existence de cette situation. Le point important



knew that social determinants of health, or income and education, et cetera, were associated with poor health outcomes, they vastly underestimated the extent of how many health conditions were associated with that as well as the magnitude of the problem.

We asked them specifically things such as: What amount of health disparity is acceptable to you? Do you think it is inevitable? Fifty per cent said none was acceptable to them, and only 4 per cent thought that something greater than 100 per cent was acceptable in Canada. As I said, the vast majority of our results showed much higher than 100 per cent differences.

We knew this would connect with people locally in a powerful way, and it certainly did.

We also asked them if they would support policy changes, if they could be made to reverse this. I will not get into the details. We looked at over 30 policy options, and there was a lot of public support for many of the proposed policy solutions. Interestingly, where there was average support, when we added some restrictions such as for families with children, the support often went up by 15 to 20 per cent.

We used the results of the health disparities study, the public opinion survey and then subsequent CIHR research studies we had done in school health. We brought it together collectively to our regional intersectoral committee that sponsored this data sharing initiative and suggested to them that now we had some concrete evidence and some measure of public support. What should we do with it? We did not want this to be just a negative story.

We engaged in dozens of community consultations with various affected agencies, groups and individuals to give them the data ahead of time and see how they reacted to it and what kind of proposed solutions they would have. Then the data was released publicly, but at the same time, we announced a few local solutions that some of the agencies were planning to enact immediately. We worked with the media so their focus would be more on the community coming together on what we can do about this and not just another bad news story about the inner city.

We then asked this committee to endorse our going back and doing an evidence-based policy review, looking at the international best practice of what types of policies showed promise for increasing health equity. We are in the final stages of obtaining their endorsement of that report. We should have it to you within a month, if you are interested. We will be able to give you that literature review and a list of the policy recommendations that this intersectoral group has endorsed.

que nous avons découvert ici, c'était que même si la plupart des gens savaient que des déterminants sociaux de la santé, le revenu ou l'éducation, et cetera, étaient liés à une mauvaise santé, la majorité d'entre eux avaient sous-estimé le nombre de conditions de santé y étant associées aussi, de même que l'ampleur du problème.

Nous leur avons posé des questions précises comme : quel est le niveau acceptable de disparité en matière de santé? Croyez-vous que c'est inévitable? Cinquante pour cent ont répondu que ce n'était aucunement acceptable, et seulement 4 p. 100, que c'était plus qu'inacceptable au Canada. Comme je l'ai dit, la grande majorité de nos résultats affichait des différences supérieures à 100 p. 100.

Nous savions que cela toucherait fortement les gens au niveau local, et c'est certainement ce qui s'est passé.

Nous leur avons aussi demandé s'ils appuieraient des changements dans les politiques, s'ils pouvaient être apportés pour mettre fin à la situation. Je n'entrerai pas dans les détails. Nous avons examiné plus de 30 options stratégiques, et bon nombre d'entre elles ont reçu un grand appui de la population. Fait intéressant, dans les secteurs où l'appui était moyen, quand nous ajoutions certaines restrictions telles que pour des familles avec des enfants, l'appui augmentait souvent de 15 à 20 p. 100.

Nous avons utilisé les résultats de l'étude sur les disparités en matière de santé, du sondage d'opinion publique et des études subséquentes de l'IRSC sur la santé en milieu scolaire. Nous les avons présentés ensemble à notre comité régional intersectoriel qui commanditait cette initiative d'échange de données et nous lui avons dit que nous avions maintenant des preuves concrètes et une certaine mesure de l'appui de la population. Que devrions-nous en faire? Nous ne voulions pas que ce soit juste une histoire négative.

Nous avons pris part à des dizaines de consultations communautaires avec différents organismes, groupes et individus concernés pour leur donner les données à l'avance et voir comment ils y réagissaient et quels genres de solutions ils proposeraient. Les données ont ensuite été diffusées publiquement, mais nous avons aussi annoncé quelques solutions à l'échelle locale que certains des organismes préoyaient mettre en œuvre immédiatement. Nous avons travaillé avec les médias pour qu'ils se concentrent davantage sur l'engagement communautaire en vue de déterminer ce que nous pouvions faire à ce sujet afin d'éviter que ce ne soit que d'autres mauvaises nouvelles concernant les quartiers défavorisés.

Nous avons ensuite demandé à ce comité d'appuyer notre idée de mener un examen des politiques fondé sur des données probantes, de regarder les pratiques exemplaires partout dans le monde pour voir quelles sortes de politiques permettraient d'améliorer l'équité en matière de santé. Nous sommes rendus aux dernières étapes avant que le comité donne son aval au rapport. Nous devrions vous l'envoyer d'ici un mois, si vous êtes intéressés. Nous serons en mesure de vous donner cet examen de la documentation et une liste des recommandations stratégiques que ce groupe intersectoriel a appuyée.



That is just one example. Other examples have been shorter term, with agencies such as the health region, for example, reallocating 10 per cent of the public health budget to inner city programming and changing the way we have done targeted interventions in neighbourhoods.

Pediatricians in our city came together and decided to start some clinics within the inner city schools. Both provincial and municipal governments have announced in the last few months over \$40 million in funds for low-income housing and other neighbourhood revitalization projects in these neighbourhoods.

Our United Way has decided to focus its interventions for the next few years on initiatives that will affect health disparity in these neighbourhoods. The list goes on as you look at the individual agencies and how they have decided to respond in the short term.

This is a prototype of our system and, as I say, we are working on the more definitive system. The intent is to have indicators set up to monitor our success. We have said we will not put this data out just once. We will look at what interventions have been put in place, monitor their impact and keep the community informed.

In summary, CCIS is a good example of how population health data can be combined with a population health approach to intersectoral planning and policy-making, to highlight shared challenges, initiate solutions and monitor the impact at a local level.

We have certainly shared this research and our local process of intersectoral engagement with my MHO counterparts across the country through the Urban Public Health Network, which are the MHOs of the 18 larger cities in Canada. We are now working with the Canadian Population Health Initiative to duplicate the health disparity study in all 18 cities. We hope to have a report released showing that combined pan-Canadian look at this issue in November of this year.

We are also developing through this urban public health network a common set of indicators that will be used by our members for health status reporting across Canada. This calls to mind some earlier comments that what we are lacking to do appropriate analysis is low-level, consistent health status and health determinant indicators on a smaller geographical basis, free of charge and in an easily accessible, downloadable form.

That process has begun. There is a lot of desire among these groups to agree on these indicators and to be able to provide them in a way that those of us who have capacity to do the analysis can add to it, while for those smaller regions that do not, it should be there in a very easily accessible, downloadable way.

Ce n'est là qu'un exemple. Il y en a eu d'autres à plus court terme, avec des organismes comme la région sanitaire, qui a réaffecté 10 p. 100 du budget consacré à la santé publique pour financer des programmes menés dans des quartiers défavorisés et changer la manière dont nous avons réalisé des interventions ciblées dans des quartiers.

Des pédiatres dans notre ville se sont réunis et ont décidé de mettre sur pied des cliniques dans les écoles des quartiers défavorisés. Au cours des derniers mois, les paliers municipal et provincial ont annoncé l'octroi d'un financement de plus de 40 millions de dollars pour des logements à loyer modéré et d'autres projets de revitalisation dans ces quartiers.

L'organisme Centraide de notre ville a décidé d'axer ses interventions des prochaines années sur des initiatives qui auront une incidence sur la disparité en matière de santé dans ces quartiers. La liste est longue si vous regardez chaque organisme et la manière qu'il a décidé d'intervenir à court terme.

C'est un prototype de notre système et, comme je l'ai dit, nous travaillons sur la version plus finale. L'objectif consiste à avoir des indicateurs en place pour surveiller notre succès. Nous avons dit que nous ne diffuserons pas ces données qu'une seule fois. Nous regarderons quelles interventions ont été mises en place, surveillerons leur impact et tiendrons la collectivité au courant.

En résumé, le CCIS est un bon exemple de la manière dont les données sur la santé des populations peuvent être combinées à la planification intersectorielle et à l'élaboration de politiques pour mettre en évidence des défis communs, mettre en œuvre des solutions et surveiller l'incidence au niveau local.

Nous avons certainement fait part de cette recherche et de notre processus local d'engagement intersectoriel à mes collègues de tout le pays par l'entremise du Réseau canadien pour la santé urbaine, qui sont les médecins hygiénistes des 18 grandes villes au Canada. Nous travaillons maintenant avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour reproduire l'étude sur la disparité en matière de santé dans les 18 villes. Nous espérons publier un rapport qui donnera cet aperçu pancanadien combiné du problème en novembre cette année.

Par l'entremise du Réseau canadien pour la santé urbaine, nous élaborons aussi un ensemble commun d'indicateurs qui sera utilisé par nos membres pour rédiger des rapports d'étape sur la santé partout au Canada. Cela fait penser aux commentaires qui ont été formulés plus tôt, à savoir qu'il nous manque des analyses appropriées à petite échelle, des indicateurs cohérents de l'état de santé et des déterminants de la santé à plus petite échelle offerts gratuitement sous une forme facilement accessible et téléchargeable.

Ce processus a été entamé. Ces groupes veulent vraiment se mettre d'accord sur ces indicateurs et être en mesure de les offrir de sorte que ceux d'entre nous qui ont la capacité de mener l'analyse peuvent contribuer au système, tandis que les plus petites régions qui n'en ont pas la capacité devraient pouvoir y avoir accès facilement pour faire des téléchargements.

I think the translation of these complex population health concepts to a local level using recognizable local geography has been quite key in getting intersectoral and community support for program and policy change in Saskatoon.

**The Chair:** Thank you very much. You have accomplished a tremendous amount. I was anxious to hear you, and I think I mentioned it to you the other day, was because I wanted to get your comments on your initiative as it compares to the Community Accounts program in Newfoundland. I think these are the two key initiatives in Canada. We would like to use those frameworks in our report to advocate something on the ground.

I mentioned to the previous witnesses that we have a commitment from the information technology community to put the necessary people together to design a system from top to bottom and, of course, to eliminate the charges at StatsCan. I do not know who the leader of this will be, but there is a very strong commitment to get this done for us for the report.

Your system really has both the afferent and efferent loop, right? You have completed the circle. You are getting the data in; you are getting the data out. You are analyzing the data. You are effecting change and measuring it again.

The Community Accounts is doing the same thing in Newfoundland. As I said, they are changing the colour of the dots. This is really very encouraging stuff. If we could have every Canadian citizen benefit from what you two groups are doing, it would be a tremendous step forward.

Tell me what the strengths and weaknesses of your system are compared to the Community Accounts system in Newfoundland.

**Dr. Neudorf:** I would like to preface that by saying that there are a number of places in Canada trying to do this, though the Community Accounts and our region may be farthest along. Technology is changing so fast that the types of solutions that one thought were the limitations to setting up a system 10 years ago are no longer barriers.

Over the last 10 years, I would suggest we have taken a slower, more deliberative process of trying to build a definitive system. Community Accounts has said, "We need to get something started and off the ground and available to everyone quickly," but keeping in mind something more definitive as they build. From what I have been able to gather, we are going at the same goal, but we have chosen slightly different development paths.

My suggestion has been for some time that we need to find the key places in Canada where some of this innovation is going on and bring those groups together and look at a melded approach, taking the best of each of the examples that we see and use that to build some kind of a Canadian system.

Je crois que la transposition de ces concepts complexes liés à la santé des populations au niveau local en utilisant une division géographique locale reconnaissable a été déterminante pour obtenir le soutien intersectoriel et communautaire afin de changer les programmes et les politiques à Saskatoon.

**Le président :** Merci beaucoup. Vous avez accompli énormément de choses. J'avais hâte d'entendre votre témoignage, et je crois vous l'avoir dit l'autre jour, car je voulais recueillir vos commentaires sur votre initiative pour savoir comment elle se compare au Système de rapports sur les collectivités à Terre-Neuve. Je crois que ce sont deux initiatives importantes au Canada. Nous aimerions utiliser ces cadres dans notre rapport pour préconiser quelque chose sur le terrain.

J'ai dit aux témoins précédents que la communauté de la technologie de l'information s'est engagée à mobiliser les personnes voulues pour concevoir un système du début à la fin et, bien entendu, pour éliminer les frais à Statistique Canada. J'ignore qui en sera le responsable, mais la communauté s'est très fermement engagée à accomplir ce travail pour nous en prévision du rapport.

Votre système est vraiment doté d'une boucle afférente et d'une boucle efférente, n'est-ce pas? Vous avez bouclé la boucle. Vous faites entrer et sortir les données. Vous analysez les données. Vous apportez des changements et les mesurez de nouveau.

Le Système de rapports sur les collectivités fait actuellement la même chose à Terre-Neuve. Comme je l'ai dit, ils changent la formule. C'est vraiment très encourageant. Si nous pouvions faire en sorte que chaque citoyen canadien puisse bénéficier de ce que vos deux groupes font, ce serait un énorme pas en avant.

Dites-moi quelles sont les forces et les faiblesses de votre système par rapport au système de rapports sur les collectivités à Terre-Neuve.

**Dr Neudorf :** J'aimerais d'abord dire que de nombreuses villes au Canada essaient d'instaurer un tel système, quoique Terre-Neuve et notre région soyons probablement les plus avancées. La technologie change si rapidement que les types de solutions que l'on croyait être les limites pour mettre au point un système il y a dix ans ne sont maintenant plus des obstacles.

Ces dix dernières années, je dirais que nous avons adopté un processus plus lent et réfléchi pour essayer de créer la version finale du système. Les responsables du Système de rapports sur les collectivités ont dit, « Nous devons concevoir quelque chose qui sera disponible pour tout le monde rapidement », mais il faut garder à l'esprit que ce doit être quelque chose de plus définitif. D'après ce que j'ai pu comprendre, nous visons le même objectif, mais nous avons choisi des méthodes légèrement différentes pour l'atteindre.

Je suggère depuis un certain temps de trouver les endroits clés au Canada où une partie de cette innovation prend place, de réunir ces groupes et d'envisager une approche conjointe, en prenant les meilleurs éléments de chacun des exemples que nous voyons et en les utilisant pour créer une sorte de système canadien.



What we are trying to do with ours is less a gleaning of data from a central source and building into it a “data mart” or a central repository although there is some of that in our prototypes. Our conceptual design is more meant to act as a way to have each user who contributes data maintain their own system, because they are the ones using it, but agree on which data elements will be shared and in what format. Our system is designed to go and pull that data as needed so that the maintenance of the system is not one where you are continually updating old data but going and accessing data as it is cleaned at the source and is maintained at the source.

There are some central data elements, like census data, for example for ours, that would be maintained centrally, and I think that is common in the way that is done with Community Accounts.

The other difference I would see right now is our building block. Where possible, it is at the individual level but often at a postal code or a neighbourhood level depending on what detail the providers have and then building in the flexible geographic interface for all of the data. So that instead of choosing your geographic municipality and then seeing what data is available there — because whatever was provided at that level is what you have — we are asking everyone to share their data at a slightly lower level. So if you want to look at health data by a social service planning boundary, that is there for you; if you want to look at education data by a health boundary, that will be there for you. We are trying to build that flexibility within the system and ensure that with the linkages we establish you will get the most real-time, up-to-date data.

I think that is probably the same vision that Community Accounts would like to have. That is just not quite where they are built to yet. I do think it is possible, in fact preferable, to bring the groups together as they have designed these various systems and work together with information technology experts to decide what the best approach for a Canadian system would be.

The challenge we found is many of these systems are different from province to province. Once you get beyond the CIHI and Statistics Canada data, it is different provincial systems and in some cases regional data sources, so it becomes a little more complex to flesh out the entire system. Even starting with those data elements available nationally would be possible.

**The Chair:** What could we do to help people like yourself who are pretty well along in this? Do you have a framework to meet with the vertical system as well as your horizontal peers, or would it be useful for us, for example, to have a round table and have StatsCan and the gurus from Infoway, the CIHI and Canadian Population Health Initiative and the other people involved and so

Ce que nous essayons de faire avec le nôtre, ce n'est pas tant de glaner les données d'une source centrale et de les incorporer dans un « mini-entrepôt » ou un dépôt de données central, même si on le fait un peu dans nos prototypes. Notre schéma conceptuel vise davantage à ce que tous les utilisateurs qui contribuent à la base de données tiennent à jour leur propre système, car ce sont eux qui s'en servent, mais ils doivent se mettre d'accord sur les éléments de données qui seront partagés et sous quelle forme. Notre système est conçu pour retirer ces données au besoin pour que la mise à jour du système ne consiste pas à actualiser continuellement les vieilles données, mais à accéder aux données qui sont mises à jour à la source.

Il y a certains éléments de données, comme les données de recensement, les nôtres par exemple, qui devraient être tenues à jour de manière centralisée, et je crois que c'est une pratique courante puisque c'est ainsi qu'on procède pour le Système de rapports sur les collectivités.

L'autre différence que je verrais à l'heure actuelle, c'est notre composante de base. Quand c'est possible, les données sont recueillies à l'échelle individuelle, mais souvent à l'échelle des codes postaux ou des quartiers, selon les renseignements dont disposent les fournisseurs, et intégrées à l'interface géographique flexible. Plutôt que de choisir votre municipalité puis de voir quelles données sont disponibles — car ce qui a été fourni à ce niveau est ce que vous obtenez —, nous demandons à tout le monde de partager ses données à une échelle légèrement plus petite. Donc, si vous voulez examiner des données sur la santé dans le cadre d'une planification des services sociaux, elles seront là; si vous voulez examiner des données sur l'éducation dans le cadre de la santé, elles seront là pour vous. Nous essayons de créer cette flexibilité au sein du système et de faire en sorte que vous obtiendrez les données les plus récentes et à jour avec les liens que nous établissons.

Je crois que c'est probablement la même vision que le Système de rapports sur les collectivités aimerait avoir. Ces systèmes ne sont tout simplement pas encore conçus pour faire cela. Je pense que c'est possible, préférable en fait, de réunir les groupes puisqu'ils ont mis au point ces différents systèmes et qu'ils ont collaboré avec des spécialistes de la technologie de l'information pour décider quelle serait la meilleure approche pour un système canadien.

L'ennui, c'est qu'un grand nombre de ces systèmes sont différents d'une province à l'autre. Une fois que vous allez au-delà des données de l'ICIS et de Statistique Canada, ce sont des systèmes provinciaux différents et, dans certains cas, des sources de données régionales, et il devient alors un peu plus complexe d' étoffer tout le système. Il serait même possible de commencer à rendre ces éléments de données disponibles à l'échelle nationale.

**Le président :** Que pourrions-nous faire pour aider les gens comme vous qui sont très avancés dans ce projet? Avez-vous un cadre pour rencontrer vos pairs du système vertical et du système horizontal, ou serait-il utile que nous organisions, par exemple, une table ronde à laquelle participeraient Statistique Canada, les experts d'Inforoute, l'ICIS et l'Initiative sur la santé de la



forth? We would have to bring the provincial data banks. It is interesting that the information technology people have already gone there. They are pretty well organized.

Would it be useful for us to ask Infoway and StatsCan and CIHI, for example, to bring people like you, some of the provincial people, around the table? Would it be a positive step or should we just recommend that this be done? They will design a framework for us anyway to put in the report, but should we get more practical right off the bat?

**Dr. Neudorf:** Prioritization is the issue. Where this sits on the relative priority list of each of those individual groups is perhaps one of the impediments. Having a recommendation that this is a priority and needs to be done for a variety of ministries and for a variety of levels of government would probably go a long way to pushing this up in that priority list.

Currently, I am in the fortunate position of being involved with many of those organizations in an advisory capacity. I sit on the board of CIHI. I am the chair of the Canadian Population Health Initiative Advisory Council and chair elect of CPHA, the Canadian Public Health Association. I am on the advisory council for the population health surveys for Statistics Canada. I am connecting with these people individually and we are talking about these ideas.

However, in terms of a mandate and making it a priority or a focal point, I think that would certainly be useful.

**The Chair:** I have taken too much of your time. I will move on to some of the other senators.

Senator Cook I know is just dying to ask you some questions. She convinced us we had to go to Newfoundland. We went to Newfoundland and we really liked what we discovered.

**Senator Cochrane:** I sit here and balance off what I know about my own province. Listening to you, there are many similarities. As I understand it, the Newfoundland and Labrador Statistics Agency is a repository and they have a board that sits and sees the relevant information.

One thing I came away from in Newfoundland was someone who said, "There is a fine line here, that you could move this" — whatever name you want to put on it — this IT system or whatever; that it would become redundant and not manageable. I would like your opinion on that. I hear you say that your users feed into a central point from a number of sources. Then I thought of the word "clutter."

It must be relevant, clean, pure and whatever.

I know you know the background of why the Community Accounts became a living document in Newfoundland. We found ourselves at a crossroad after the collapse of the fisheries and the exodus of 30,000 people. What do we do with what we have?

population canadienne et les autres intervenants? Il faudrait inviter les responsables des banques de données provinciales. Il est intéressant de voir que les spécialistes de la technologie de l'information s'y sont déjà penchés. Ils sont très bien organisés.

Serait-il utile que nous demandions à Inforoute, à Statistique Canada et à l'ICIS, par exemple, de désigner des gens comme vous, des représentants provinciaux, pour participer à la table ronde? Est-ce que ce serait une mesure positive ou devrions-nous juste recommander que ce soit fait? De toute manière, ils vont concevoir pour nous un cadre à intégrer au rapport, mais ne devrions-nous pas adopter des mesures plus pratiques dès le départ?

**Dr Neudorf :** La question, c'est l'établissement des priorités. La place qu'occupe cet dans la liste des priorités relatives de chacun de ces groupes représente peut-être l'un des obstacles. Pour qu'elle soit placée au haut de la liste des priorités, il serait probablement très utile de recommander que ce soit une priorité et que ce soit fait pour divers ministères et paliers de gouvernement.

À l'heure actuelle, j'ai la chance de travailler avec un grand nombre de ces organisations en tant que conseiller. Je siège au conseil de l'ICIS. Je suis le président du conseil consultatif de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et le président élu de l'ACSP, l'Association canadienne de santé publique. Je suis membre du conseil consultatif chargé des enquêtes sur la santé publique de Statistique Canada. Je communique avec ces gens individuellement et nous discutons de ces idées.

Toutefois, pour ce qui est d'un mandat et d'en faire une priorité ou un point d'intérêt, je crois que ce serait certainement utile.

**Le président :** J'ai pris trop de votre temps. Je vais céder la parole à d'autres sénateurs.

Je sais que le sénateur Cook a très hâte de vous poser des questions. Elle nous a convaincus d'aller à Terre-Neuve. Nous y sommes allés et avons vraiment aimé ce que nous avons découvert.

**Le sénateur Cochrane :** Je suis en train de comparer avec ce que je sais de ma province. À vous entendre, il y a de nombreuses similitudes. D'après ce que je comprends, le Newfoundland and Labrador Statistics Agency a un dépôt de données et un conseil qui siège et examine l'information pertinente.

Lorsque nous étions à Terre-Neuve, je me rappelle qu'une personne a dit, « La ligne est floue à tel point que ce système de TI » — quel que soit le nom que vous voulez lui donner — deviendrait redondant et ingérable. J'aimerais connaître votre opinion là-dessus. Je vous ai entendu dire que vos utilisateurs insèrent des données dans un système central à partir d'un certain nombre de sources. Le mot « fouillis » m'est alors venu à l'esprit.

Ce doit être pertinent, propre, pur, et cetera.

Je sais que vous savez pourquoi le Système de rapports sur les collectivités est devenu un document évolutif à Terre-Neuve. Nous nous sommes retrouvés à la croisée des chemins après l'effondrement des pêches et l'exode de 30 000 personnes. Quoi faire avec ce que nous avons?

It is working well. However, the more I hear in different parts of this great country of ours — what the provinces are doing — I think we would be remiss if we did not bring them all together.

I know you do it on a regular basis with your peers. However, someone like me who only understands it at a very small level, would get a better picture if I saw all of you around a table where I could listen to you share your knowledge. A prototype is what we desire to use as need be from Nunavut to our urban parts.

I think a prototype would be like building a sky scraper, will it not? It would be like using whatever you need that is peculiar to your region. I would like you to comment on that.

**Dr. Neudorf:** The potential for clutter is a huge challenge. When we first started approaching the various agencies to ask if they would be interested in sharing their data, the first response was silence in the sense of them wondering what we could possibly want with this data. They knew they had reams of data within each of their departments, but they had no idea what another sector would find interesting.

We spent an awfully long time examining with each of the agencies what their data sources are, how reliable they are, how clean they are, what they use them for and what their limitations are. We designed from that a subset of the data that has reliability and that others would be interested in. We started from that smaller subset.

The reality is, you do not know exactly what it is you will find useful until you start trying to use it. In many cases, the data does not get cleaner until you start trying to use it and find that it has limitations. We found that in health data within our hospitalization records, in mortality statistics and the things that we think are very high quality. It is true in the other sectors, as well.

We found the very act of approaching people and getting them to talk about sharing data, focuses on the quality of the data, its reliability and what small set of indicators would be useful for us to monitor in a shared way. It gets down to a very small subset that way. It has taken a long time to get to that level.

One of the drivers behind this is that most of those sectors did not have a dedicated analyst department to do this kind of proactive analysis of their individual data sets. They would use it for administrative purposes, but not for planning. We found that by focusing on a shared need, we could actually talk about something that might be sustainable in terms of the data cleaning, data maintenance and help with how to use the data.

What I am finding wasteful is that, if this is happening in multiple places across the country now, it is probably time for us to come together and share the knowledge we have gained. We need to find out where the dead ends are in this process and where

Ça fonctionne bien. Cependant, plus j'entends parler de ce qui se passe ailleurs dans notre beau grand pays — dans les autres provinces —, plus je pense que nous manquerions à notre devoir si nous ne rassemblions pas tous les intervenants.

Je sais que vous rencontrez vos pairs régulièrement. Toutefois, les gens comme moi qui n'ont qu'une vision parcellaire comprendraient bien mieux s'ils vous voyaient tous mettre en commun vos connaissances. Nous voudrions un prototype que nous pourrions utiliser, au besoin, du Nunavut aux zones densément peuplées.

Ce serait un peu comme construire un gratte-ciel, n'est-ce pas? Il faudrait tenir compte des caractéristiques particulières des régions. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Dr Neudorf :** Le risque de confusion est grand. Lorsque nous avons commencé à solliciter les diverses organisations pour leur demander si elles accepteraient de mettre en commun leurs données, elles sont restées bouche bée, se demandant pourquoi nous voulions ces renseignements. Elles savaient qu'elles en avaient des quantités, dans chacun des ministères, mais n'avaient aucune idée de ce que les autres pourraient leur trouver d'intéressant.

Nous avons passé énormément de temps avec chacune d'entre elles, à étudier leurs sources et à déterminer le degré de fiabilité et de pertinence, l'utilisation ainsi que les limitations de ces renseignements. Nous en avons tiré un sous-ensemble de données fiables qui pourraient en intéresser d'autres. C'est là-dessus que nous nous sommes basés.

En réalité, on ne sait pas exactement ce qui pourrait être utile avant de s'en servir. Dans de nombreux cas, on ne peut épurer les données qu'après avoir utilisé la base et cerné ses limites. On s'en est rendu compte avec les fichiers d'hospitalisation, les statistiques de mortalité et les autres bases de données qu'on considère de bonne qualité. C'est vrai dans d'autres secteurs également.

Dès qu'on abordait les gens et qu'on leur suggérait de mettre leurs données en commun, on insistait sur la qualité de celles-ci, leur fiabilité et les indicateurs permettant une surveillance conjointe. On peut ainsi en arriver à délimiter un sous-ensemble restreint de données. Il nous a fallu beaucoup de temps pour y parvenir.

Cela s'explique en partie parce que la majorité de ces organisations ne disposaient pas d'équipes d'analystes pouvant examiner proactivement leurs jeux de données. Elles se servaient de ces renseignements pour l'administration, mais pas pour la planification. Nous nous sommes rendu compte qu'en nous concentrant sur les besoins communs, nous pouvions trouver une solution durable pour épurer les données, les tenir à jour et faciliter leur utilisation.

Si on a fait la même chose un peu partout au pays, c'est du gaspillage. Il est probablement temps de nous réunir et de mettre en commun les connaissances que nous avons acquises. Il faut trouver les solutions les plus prometteuses aux problèmes que



the most promising solutions are and then see if there is something we can develop with a common interest, which would only make sense from an efficiency perspective.

We have already found out in our province that all the other regions in our province would like to have access to the system that we have built already. There is a certain amount of provincial support moving into a feasibility study for making it a provincial system in our province, as well. I think the same is happening in many provinces.

**Senator Cochrane:** How accessible is your system?

**Dr. Neudorf:** Right now, it is accessible to the individual contributing agencies because it is in the prototype stage for them. Their analysts and decision-makers can use it, but we have not made the public side active yet. That will be launched in January, 2009.

**Senator Cochrane:** Newfoundland is on the web.

**Dr. Neudorf:** Yes, it is.

**Senator Cochrane:** It is free for all.

**Dr. Neudorf:** That is certainly our intent.

I have always erred more on the side that this data will be more useful in the hands of more people and we should ensure it is designed in such a way that people can understand it and use it in a "data liberation" sort of way.

**Senator Cochrane:** If we will move to the well-being of our people, surely we have to open up this wealth of information because NGOs do so much with so little. We heard it at home. They can have access to this for planning. It does not cost them one cent. Surely that will benefit our people.

They have moved from using the word "wellness" to "well-being," and I kind of like that. From school lunch programs to economic planning, every one is in and excited about it. With crime and justice, the RCMP is using this Community Accounts, and they are contributing to it. They have a board, maybe 15 or 20 people, who feed data. However, the instrument is the Newfoundland and Labrador Statistics Agency. The Premier has put a lot of money into this and I think that is why we are moving as well as we are.

**The Chair:** Unfortunately, the clock will not stop ticking and we are about to be evicted from the room.

I think the message is very clear. We will enlist your help together with some people from StatsCan and Infoway and CIHI, all of whom you know. We will do a round table so we can get this right for our report.

Thank you for what you have done out there. It is fantastic.

nous avons cernés, et essayer de mettre au point un système qui servirait notre intérêt à tous, ce qui ne serait que plus efficace.

Nous avons déjà remarqué que toutes les autres régions de notre province voudraient avoir accès au système que nous avons élaboré. Le gouvernement semble d'ailleurs assez favorable à une étude de faisabilité à l'échelle provinciale. On constate la même chose dans de nombreuses autres provinces.

**Le sénateur Cochrane :** Dans quelle mesure votre système est-il accessible?

**Dr Neudorf :** En ce moment, il est offert aux organisations participantes, parce qu'on n'en est qu'au stade du prototype. Leurs analystes et décideurs peuvent s'en servir, mais il n'est pas encore accessible au public. Il le sera en janvier 2009.

**Le sénateur Cochrane :** Le système de Terre-Neuve est sur le Web.

**Dr Neudorf :** Oui, en effet.

**Le sénateur Cochrane :** Il est accessible à tous gratuitement.

**Dr Neudorf :** C'est ce que nous avons l'intention de faire aussi.

J'ai toujours pensé que ces données seraient plus utiles si elles étaient davantage accessibles; le système doit être facile à comprendre et favoriser la « libération des données », en quelque sorte.

**Le sénateur Cochrane :** Si nous aspirons au bien-être de la population, j'imagine qu'il faut rendre cette mine d'informations publique, parce que les ONG, entre autres, font des miracles avec rien. C'est ce qu'on entend. Elles pourraient s'en servir pour la planification, gratuitement. La population en profiterait certainement.

L'expression « mieux-être » a été remplacée par « bien-être », et cela me plaît. Que ce soient les responsables des programmes de déjeuner scolaires ou ceux qui s'occupent de planification économique, tous sont enthousiastes et veulent participer. Dans le domaine de la criminalité et de la justice, la GRC utilise le système Community Accounts et y contribue. Un conseil de 15 à 20 personnes alimente la base de données. Toutefois, cet instrument relève du bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador. Le premier ministre provincial y a investi considérablement, et je crois que cela explique que nous faisons d'aussi bons progrès.

**Le président :** Malheureusement, le temps file et nous allons bientôt nous faire expulser.

Je crois que c'est très clair. Nous vous demanderons votre aide, de même que celle de Statistique Canada, de l'Inforoute et de l'ICIS, que vous connaissez déjà. Nous organiserons une table ronde pour nous assurer de bien exposer la situation dans notre rapport.

Nous vous remercions de votre bon travail, c'est formidable.



The thing that really interested me about you from way back, as we were looking at witnesses, is the fact that you are from the Saskatoon Health Region. We need to find a way to the ground, as Dr. Bennett said. Thirty thousand feet will not do it. We need the people up at the top but we need to get to the ground to effect change. You are there. That is very gratifying. Thank you.

**Dr. Neudorf:** Thank you.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, June 18, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, we do not have a quorum but we are duly constituted. Therefore, we will begin with testimony from Louise Saint-Pierre, Project Manager, Centre de collaboration nationale — Politiques publique et santé.

[*Translation*]

Louise Saint-Pierre, Project Manager, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (**National Collaborating Centre for Healthy Public Policy**): First and foremost, I wish to thank you for your invitation. To begin, allow me to remind you that Quebec's Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé is one of six collaborating centres funded by the Public Health Agency of Canada. The Centre de collaboration sur les politiques favorables à la santé is a translation of the expression "healthy public policy", better known in English. The centre's mandate is to support the efforts of Canadian public health actors in promoting healthy public policy throughout Canada. It is in this context that the centre works to synthesize and transfer knowledge and to make stakeholders aware of the most appropriate strategies to promote healthy public policy. For this reason, the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy is interested in health impact assessment (HIA), which has been identified as a highly promising strategy to further the implementation of healthy public policies.

Since the centre's creation in 2006, we have undertaken a review of literature on HIA. In 2007, we conducted a fact-finding mission in England, Wales and Switzerland. We also organized a national roundtable on this topic, which shed light on how Canadian actors perceive the health impact assessment approach. We are monitoring with interest the use of HIA in Quebec. Therefore, our comments will be based on this information.

Vous avez attiré mon attention au début, quand nous étions en train de dépouiller les listes de témoins, parce que vous êtes de la région sanitaire de Saskatoon. Certes, il demeure essentiel d'avoir une vue d'ensemble et le recul nécessaire, mais comme l'a dit Mme Bennet, nous avons besoin de gens sur le terrain pour que les choses changent. Vous y êtes, et cela nous rassure. Merci.

**Dr Neudorf :** Merci.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 18 juin 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 5 pour examiner les multiples facteurs et conditions qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et pour en faire rapport.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, nous n'avons pas le quorum mais nous sommes néanmoins autorisés à commencer. Par conséquent, nous entendrons tout d'abord le témoignage de Mme Louise Saint-Pierre, chef de projets, Centre de collaboration nationale — Politiques publique et santé.

[*Français*]

Louise Saint-Pierre, chef de projets, Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé : Je tiens tout d'abord à vous remercier de votre invitation. D'entrée de jeu, j'aimerais rappeler que le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est un des six centres de collaboration financés par l'Agence de santé publique du Canada. Le Centre de collaboration sur les politiques favorables à la santé est une traduction du vocable « healthy public policy », mieux connu en anglais. Son mandat est de supporter les efforts des acteurs de santé publique à travers le Canada à travailler sur les politiques favorables à la santé. Pour ce faire, nous faisons la synthèse de connaissances et nous identifions les stratégies qui nous semblent les plus prometteuses pour travailler sur les politiques publiques favorables à la santé. C'est la raison pour laquelle on s'est intéressé à l'évaluation d'impact à la santé qui nous apparaît comme étant une stratégie très prometteuse pour arriver à implanter des politiques publiques favorables à la santé.

Depuis la création du centre en 2006, nous avons fait une revue littérature pour nous documenter sur cette approche. En 2007, nous avons mené une mission en Angleterre, au pays de Galles et en Suisse. Nous avons organisé une table canadienne sur l'évaluation d'impact sur la santé pour voir comment les acteurs canadiens perçoivent cette approche. Nous observons avec beaucoup d'intérêt l'expérience québécoise à l'intérieur du gouvernement en matière d'évaluation d'impact sur la santé. Nos commentaires se sont donc basés sur cette information.

We congratulate the subcommittee on its report and interest in population health. Like all public health actors, we believe that improving population health in Canada can only be achieved by reducing social inequalities in health and ensuring more effective interaction among the different non-health sectors. In fact, in your report, you indicate that 60 per cent of health factors are non-health-related. This is why, for the first time, we have created a centre dedicated to promoting healthy public policy in Canada. We hope to contribute to the strategy.

For this evening's meeting, the subcommittee is seeking input on two important questions. The first is whether or not it is necessary and realistic to make HIA a requirement at the federal level. If it is, what would the role of the various support agencies and authorities be?

By way of response, we would like to point out that in 1969, the United States was the first country to institutionalize environmental impact assessments. It was based on this success that interest for health impact assessments grew, particularly in Europe, where the approach is much more well known than in the U.S. or Canada.

Many stakeholders believe that it is time to apply this approach to population health, as it is an issue which concerns all population segments across the board, as does the environment. If we have reached a point in the environmental arena where industrialized countries have in the main institutionalized environmental impact assessments, many observers now believe that it is time for a similar phenomenon in the field of population health.

However, our literature review and the meetings we held provided insight into conditions that are conducive to the introduction and implementation of a mechanism such as HIA at the government level, and the challenges it presents. These conditions and challenges fall into three main categories. The first is strong leadership and political support. We know that such an approach requires cultural changes and embracing different methods. Second, institutional adjustments, particularly within government departments, must be made. Third, support for knowledge and capacity development is necessary. I will go over these points briefly and we will then have an opportunity to discuss them.

With respect to the first main category, strong leadership and political support, you will already have concluded from the international literature review concerning experiences in other countries that it is highly important to maintain a clear position at the highest level, which provides a solid foundation giving legitimacy to the efforts of promoters and champions of this approach. To this effect, we have identified four methods in the literature review. In your own document, you talk about institutionalizing practices, as a way of ensuring the approach's sustainability, even in the absence of its advocates. For example, in British Columbia, champions and promoters have been able to

Nous félicitons le sous-comité pour son rapport et l'intérêt qu'il porte à la santé des populations. Nous croyons, comme l'ensemble des acteurs de la santé publique, que pour améliorer la santé de la population au Canada on doit passer par la réduction des inégalités de santé et par une meilleure convergence et implication des secteurs en dehors de la santé. D'ailleurs, comme vous l'avez signalé dans votre rapport, 60 p. 100 des facteurs de santé sont en dehors du secteur de la santé. C'est la raison pourquoi, pour la première fois, on a créé un centre sur les politiques publiques favorables à la santé au Canada. Nous espérons pouvoir contribuer à cette stratégie.

Pour notre réunion de ce soir, vous posiez deux questions principales. La première est à savoir s'il est nécessaire et réaliste d'imposer un mécanisme d'évaluation d'impact sur la santé au palier fédéral? Et si oui, quel serait le rôle des différentes instances et organismes de soutien?

À titre de réponse à la première question, je crois qu'il est intéressant de rappeler qu'en 1969 les États-Unis furent les premiers à institutionnaliser l'évaluation d'impact environnemental. C'est vraiment sur ces succès que l'évaluation d'impact de la santé connaît un intérêt grandissant, particulièrement en Europe où la démarche est plus connue qu'en Amérique et au Canada.

Plusieurs observateurs considèrent qu'il est maintenant temps que le même phénomène se produise en regard de la santé de la population, à savoir qu'il s'agit là d'une préoccupation transversale, tout comme l'environnement. Si on ne réussit en environnement d'arriver à un point où l'ensemble des juridictions et des pays industrialisés ont institutionnalisé une approche d'évaluation d'impact en environnement, plusieurs observateurs considèrent que le même phénomène devrait maintenant se produire pour la santé.

Par contre, nous avons constaté dans la littérature et dans les rencontres que nous avons faites, plusieurs défis et conditions associés à l'implantation de l'évaluation d'impact de la santé au sein des gouvernements. Nous les avons résumés en trois grands thèmes. Le premier est le besoin d'un leadership et d'un soutien politique fort. On sait qu'une approche comme celle-là demande des changements de culture et des façons de faire différents. Deuxièmement, des arrangements institutionnels à l'intérieur des ministères doivent être apportés. Troisièmement, le soutien au développement des connaissances est nécessaire — j'en parlerai très rapidement après quoi nous aurons l'occasion d'échanger à ce sujet.

En ce qui concerne le premier grand thème, un leadership et un soutien politique fort, je crois que vous avez pu constater dans la revue de littérature sur les expériences dans d'autres pays à quel point il est important d'avoir une position claire de la plus haute autorité, qui puisse supporter les promoteurs et les champions de cette approche en toute légitimité. À ce titre, nous avons trouvé dans la littérature quatre grands moyens. L'institutionnalisation de la pratique, dont vous faites état dans votre document, assure une condition qui permet la pérennité d'une telle approche en allant au-delà des promoteurs. En Colombie-Britannique, par exemple, des champions promoteurs ont réussi à instaurer



apply HIAs at the government level. But once the government changed and the champions left, the approach was less frequently used.

Regulation or institutionalization can ensure a certain level of sustainability. Based on the experience of British Columbia, Quebec decided to institutionalize HIA by reintroducing it in a piece of legislation.

A second method which we have identified, which I believe you also highlighted in your work, is the existence of a body charged with accountability and the responsibility for following up on implementation.

Once again, this watchdog body would ensure that the necessary change comes into effect.

Another measure, which to our mind is effective, is a clear position at the highest authority, that being the federal government, expressed through a public statement to provide a solid foundation. Such official statements have been made in the United Kingdom, and by the European Commission with the Treaty of Amsterdam.

The fourth category, strong leadership, would mean setting population health goals based on a long-term vision. This was one of the major conclusions drawn by a group commissioned by Health Canada in 1996, that sought to understand how the HIA could be implemented. The group concluded that without a long-term vision, it is very difficult to achieve goals because the approach is a difficult one; a long-term and broad health vision must be strictly adhered to.

We have observed that the introduction of HIA requires adjustments within departments, in the relationships between departments and in the relationships between departments and legislative bodies. The two main adjustments identified in the literature are, firstly, the implementation of interdepartmental mechanisms or integration of responsibility for HIA into existing mechanisms, which we have already observed in some countries. Secondly, there must be consideration of the burden placed on the different departments as a result of the proliferation of impact clauses. This has occurred to some extent in the Quebec experience, where there is a host of impact assessments regarding health, the economy, and aboriginal persons. We must be sensitive to this.

Last, as has been observed once again in the Quebec experience, a clearly defined mechanism must be established to allow administrative and legislative branches to work together. Much can be done at the administrative level within the department to adopt new approaches. Sometimes, there are changes in the legislative branch and not everyone factors in this concern, the need to take health considerations into account when making decisions.

l'évaluation des impacts de la santé au sein du gouvernement. Lorsque le gouvernement a changé et que ces champions ont quitté, la pratique a diminué.

L'institutionnalisation ou la réglementation permet d'assurer une certaine pérennité. C'est en se basant sur cette expérience de la Colombie-Britannique que le Québec a décidé d'institutionnaliser la pratique EIS en la réintroduisant dans une loi.

Un deuxième moyen que nous avons repéré, et je crois que vous l'avez aussi souligné dans vos travaux, est l'existence d'une instance chargée de la reddition de compte ou du suivi de l'implantation.

Ce chien de garde permet d'assurer, encore une fois, le changement nécessaire.

Une autre mesure qui nous semble efficace consiste en une position claire de la plus haute autorité — dans ce cas-ci le gouvernement fédéral — souvent sous forme de déclaration publique, afin de fournir un ancrage solide. À titre d'exemple, on trouve de telles déclarations officielles au Royaume-Uni et à la Commission européenne avec le Traité d'Amsterdam.

Et la quatrième mesure pour ce thème, le leadership fort, serait l'établissement d'objectifs de santé populationnelle basés sur une vision à long terme. C'est entre autres une des grandes conclusions à laquelle en était venu un groupe canadien mandaté par Santé Canada, en 1996 je crois, pour essayer de comprendre comment on pourrait instaurer cette pratique d'évaluation d'impact sur la santé. Ce groupe en était venu à conclure que sans ces objectifs de santé de vision à long terme, il était très difficile d'atteindre les objectifs parce que c'est une approche qui est difficile et il faut pouvoir s'accrocher à cette vision santé qui est définie largement.

Nous avons observé que l'instauration de la pratique de l'ÉIS nécessite des ajustements à l'intérieur des ministères, dans les relations interministérielles et aussi dans les relations entre les ministères et les instances législatives. Les principales conditions qui semblent émerger des expériences rapportées sont, premièrement, la mise sur pied de mécanismes interministériels ou l'intégration de cette préoccupation à l'intérieur d'un mécanisme déjà existant — nous l'avons vu dans plusieurs pays aussi — et, deuxièmement, une attention à l'égard du fardeau imposé aux différents ministères devant la multiplication des clauses d'impact. Et c'est ce qui se passe un peu dans l'expérience québécoise, on se retrouve avec une panoplie d'évaluations d'impact sur la santé, sur l'économie, sur les Autochtones, et il faut apporter une sensibilité à cet égard.

Finalement, la troisième condition — encore une fois, on le voit un peu dans l'expérience québécoise —, consiste en l'instauration d'un mécanisme clair entre l'exécutif et le législatif. Beaucoup de travail peut se faire au niveau administratif au sein du ministère pour adopter de nouvelles façons de faire. Parfois, le législatif change et tous n'ont pas intégré cette préoccupation, cette nécessité d'inclure des considérations de santé dans leur décision.



Finally, and I will conclude on this comment, the third measure which seems imperative is supporting knowledge and capacity development.

Health impact assessments, particularly at the highly complex policy level, require a thorough knowledge of evaluation methodologies and impact analysis methods. Under this approach, a prospective analysis of the impacts on health of a given policy must be carried out, policies that do not have health as their primary objective. Therefore, there are methodological approaches to develop. A lot of knowledge has now been amassed, but not all public health actors are equipped with the necessary training to carry out this analysis.

Once again, through the literature review and practical experience, we have identified three conditions to foster skill and capacity development for stakeholders: firstly, the contributions of external organizations involved in the development of knowledge pertaining to analytical methods, the politico-administrative process and public health data — I believe this was also one of the findings of your subcommittee. Second, there must be an ability for organizations to train and support skills development. In Canada, many of these abilities must be brought together in a quest for synergy. Third, there must be increased financial resources. At times, assessments of attempts to implement this approach have revealed a lack of financial support to launch pilot projects and impact assessments.

Perhaps my colleagues would like to add a few comments on this subject.

With respect to support, I believe in development, in support, and in the use of HIA. It is worthwhile mentioning the case of Quebec. You are most certainly aware that the Quebec government has implemented HIA. Departments and non-health organizations are responsible for initiating health impact assessments, and the Department of Health supports other departments.

By passing this clause to amend the Public Health Act and implement HIA, the government has taken measures such as the creation of two full-time positions in the provincial Department of Health and Social Services. There is a service agreement with the Institut de santé publique du Québec, which provides highly technical expertise, and scientific opinions; something not possible within the Department of Health and Social Services. There is also a rather significant research project which is funded accordingly. Therefore, the Department of Health has developed a consortium of two research funds in health and in culture to support research activities with a view to better

Enfin — et je vais terminer là-dessus —, la troisième mesure qui nous semble impérative est le soutien au développement des connaissances et des capacités.

La pratique d'évaluation d'impact sur la santé, surtout au niveau des politiques qui sont très complexes, demande vraiment une meilleure connaissance des méthodologies d'évaluation ou d'analyse des impacts. Dans cette approche, il ne faut pas oublier qu'il s'agit de faire une analyse prospective des impacts potentiels sur la santé d'une politique qui n'a pas comme premier objectif la santé. Donc, il y a des approches méthodologiques à développer. Il existe beaucoup de connaissances maintenant, mais les acteurs de santé publique qui devront faire, par exemple, cette analyse n'ont pas tous cette formation.

Donc, concernant le développement des compétences et des capacités de plusieurs acteurs, encore une fois, nous avons repéré, dans la littérature et dans ce que les gens nous ont dit en regard de cette pratique, trois moyens ou trois conditions qui pourraient favoriser ou qui nécessitent, en fait, d'accompagner cette mesure : premièrement, la contribution d'organisation externe de développement des connaissances à la fois sur les méthodes d'analyse dont je viens de parler, mais aussi sur le processus politicoadministratif et sur les données de Santé publique — je crois que c'est aussi des constats que vous avez faits comme sous-comité —, deuxièmement, des organisations ou des instances qui permettent le développement de capacités de formation et de soutien au développement des capacités des personnes — au Canada, on a beaucoup de ces capacités, il s'agirait de les mettre en synergie —, et, troisièmement, des ressources financières accrues. Parfois, dans certaines évaluations de tentatives d'implantation de cette approche, le manque de soutien financier a été identifié comme étant un problème, soit pour faire des projets-pilotes — pour bien comprendre comment cela peut se faire — soit pour les évaluations d'impact.

Peut-être que mes collègues auraient aussi des choses à rajouter là-dessus.

En ce qui concerne ce soutien, je crois au développement, au soutien, à la pratique de l'EIS. Je crois qu'il peut être intéressant de mentionner l'exemple québécois et vous n'êtes pas sans savoir que le gouvernement québécois a instauré cette pratique d'évaluation d'impact à la santé. Ce sont les ministères et organismes autres que la santé qui ont la responsabilité d'initier les évaluations d'impact à la santé, et le ministère de la Santé vient en appui aux autres ministères.

En adoptant cet article de loi de la Santé publique qui instaure la pratique d'évaluation d'impact à la santé, le gouvernement a quand même mis en place des mesures comme la création de deux postes à temps plein au sein du ministère de la Santé. Il y a une entente de service avec l'institut de santé publique du Québec qui fournit une expertise plus pointue et des avis scientifiques, ce qui ne peut pas se faire à l'intérieur du ministère de la Santé. Il y a aussi un projet assez important, du financement assez important pour la recherche. Donc, le ministère de la Santé a développé un consortium avec deux fonds de recherche en santé et en culture et appuie des activités de recherche, à la fois pour comprendre le

understanding the politico-administrative process that I referred to earlier — I believe that you met with France Gagnon from that research group — but also to better understand health impacts.

In conclusion, we believe that the HIA is a powerful and necessary tool to spur cultural change because population health is important and the Government of Canada can act to reduce inequalities. However, HIA alone is not enough. It must be complemented with various measures to ensure better follow-up, assessment and support. And I believe that several of these measures are contained in your recommendations.

I do apologize for having exceeded the time allotted for opening statements. I would be pleased to answer your questions.

[English]

**The Chair:** Thank you, Ms. Saint-Pierre. Mr. Smith, please proceed.

**John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs, Canadian Environmental Assessment Agency:** Thank you, Mr. Chair, for the opportunity to address the committee. I am joined by Tim Smith, Senior Policy Advisor, Canadian Environmental Assessment Agency. He has a particular focus on strategic environmental assessment.

We understand that part of the work of the subcommittee is to consider the potential use of health impact assessment in the development of federal policies and programs. We would like to spend a couple of minutes providing an overview of a process currently in place to examine the environmental impacts of policy, plan and program proposals at the federal level. We provided the committee with a short deck, which I will walk through with the committee.

There are two major elements of the federal framework for environmental assessment. The first element concerns legislative requirements that apply to projects for which the federal government has a decision-making role. When we talk about projects, we are talking about infrastructure, mines, hydro-electric developments and so on. Under the Canadian Environmental Assessment Act, an environmental assessment has to be conducted for any proposed project that requires federal funding, federal land, federal authorization or where the federal government is the proponent of the project.

The second element to the framework is probably more relevant to today's discussion and is called strategic environmental assessment, or strategic EA. Strategic EA deals with proposed policy, plan and program proposals and is governed by a cabinet directive that has been in place since 1990. The goal of this process is to provide decision makers with the best available information on the potential environmental implications of those proposals and thereby help to avoid downstream costs that might arise from potential environmental liabilities resulting from those programs or policies.

processus politicoadministratif dont je vous parlais tantôt — et je crois que vous avez rencontré France Gagnon de ce groupe de recherche —, mais aussi pour les impacts de santé.

Donc, en conclusion, nous croyons que l'évaluation d'impact sur la santé constitue un outil puissant et nécessaire pour favoriser le changement des cultures après qu'on ait fait le constat, que la santé de la population est importante, et que le gouvernement du Canada pourrait agir sur les inégalités. Mais comme mesure seule, ce n'est pas suffisant et cela prend nécessairement des mesures d'accompagnement et de soutien. Et je crois que plusieurs de ces mesures font partie de vos recommandations.

Je m'excuse pour avoir un peu excédé le temps imparti pour les présentations. Je suis disponible pour vos questions, évidemment.

[Traduction]

**Le président :** Merci, madame Saint-Pierre. Monsieur Smith, allez-y.

**John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaires, Agence canadienne d'évaluation environnementale :** Merci, monsieur le président de me donner l'occasion de témoigner devant le comité. Tim Smith, conseiller principal en politiques, Agence canadienne d'évaluation environnementale, m'accompagne. Il s'occupe principalement d'évaluation environnementale stratégique.

Nous savons que le sous-comité réfléchit notamment à la possibilité d'utiliser les évaluations de l'impact sur la santé lors de l'élaboration des politiques et programmes fédéraux. Nous voudrions vous donner un bref survol du processus établi actuellement pour mesurer les impacts environnementaux des politiques, des plans et des programmes proposés au niveau fédéral. Nous avons fourni aux membres du comité un petit document que je vais parcourir avec vous.

Le cadre de l'évaluation environnementale fédérale comporte deux éléments principaux. Tout d'abord, il y a les exigences législatives qui s'appliquent aux projets pour lesquels le gouvernement fédéral a un rôle de décideur. Par projets, nous entendons les infrastructures, les mines, les exploitations hydroélectriques, et cetera. Selon la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale, une évaluation environnementale doit être faite pour toute proposition de projet exigeant un financement fédéral, l'utilisation de terres fédérales, une autorisation fédérale ou encore si c'est le gouvernement fédéral qui est à l'origine du projet.

Le deuxième élément du cadre est sans doute celui qui se rapporte le plus à notre discussion et il s'agit de l'évaluation environnementale stratégique, dite EES. L'EES porte sur les propositions de politiques, les plans et les programmes envisagés et elle est régie par une directive du cabinet depuis 1990. L'objectif est de fournir aux décideurs les renseignements les plus à jour sur les effets potentiels de ces projets sur l'environnement évitant ainsi les coûts occasionnés par d'éventuels dégâts écologiques résultant de ces programmes ou politiques.



The next slide talks about the key elements of the cabinet directive. It is required when a policy, plan or program proposal requires minister or cabinet approval and when the implementation of the proposal will result in either positive or negative environmental effects.

The key parts of a strategic EA include assessing the nature and scope of the potential environmental effects of the various options considered in the proposal. I would emphasize that the directive requires organizations to look at both positive and negative effects. The requirement is to identify the need for mitigation of adverse effects and how to do that or identify opportunities to optimize positive impacts. Finally, the strategic EA evaluates the importance of the final environmental effects and enhancement measures and looks at how important those effects are.

Whenever a strategic EA of a proposal is conducted, there is a requirement under the cabinet directive for the government to issue a public statement on the results of that strategic EA.

The next slide deals with the roles and responsibilities. Under the cabinet directive, all federal departments and agencies are responsible for undertaking a strategic EA of their own policies, plans and proposals whenever required. The department or agency is also responsible for ensuring that the findings of the strategic EA are integrated into their analysis of the various options and the recommendations presented to a minister or to cabinet. It is what we call a self-assessment approach that is intended to promote the integration of environmental considerations into the policy development process and the decision-making process across government.

The Canadian Environmental Assessment Agency provides support through training and guidance to other federal departments on the implementation of the cabinet directive. We are involved in policy development to further the practice of strategic EA.

Another important player in the process is the Privy Council Office, which has a role to ensure that departments and agencies are compliant with the directive when they review proposals going forth to cabinet. As well, Environment Canada has a role in providing expert advice.

In 2004, the Commissioner of the Environment and Sustainable Development conducted an audit of the federal government's performance in implementing this cabinet directive. Recently, they did a follow-up audit to look at progress in relation to the previous audit. The scope of the original audit looked at 12 departments, at our agency and at central agencies.

The results of the audit are summarized on the fifth slide. The Commissioner of the Environment and Sustainable Development identified some significant gaps in the application of the directive. The factors identified included insufficient senior management support for implementation, lack of central ownership and support, limited integration of considerations and decision making, and a lack of transparency. The commissioner made

Sur la diapositive suivante figurent les principaux éléments de la directive du cabinet. La directive s'applique quand une politique, un plan ou un programme proposé exige l'approbation du ministre ou du cabinet et quand la mise en œuvre du projet pourrait entraîner des effets positifs ou négatifs importants sur l'environnement.

Les éléments essentiels d'une EES comprennent une évaluation de la nature et de la portée des effets environnementaux de chacun des choix envisagés dans la proposition. Je souligne ici la nécessité de mesurer les effets positifs et négatifs. La directive exige de déterminer la nécessité de mesures d'atténuation au besoin ou la façon de maximiser les effets positifs. Enfin, l'EES doit évaluer l'importance des effets environnementaux et des mesures d'atténuation au total.

En tout état de cause, la directive du cabinet exige que le gouvernement fasse une déclaration publique sur les effets environnementaux annonçant le résultat de l'EES.

La diapositive suivante décrit les rôles et les responsabilités. La directive du Cabinet exige que tous les ministères et organismes fédéraux procèdent à une EES de leurs politiques, plans et propositions, au besoin. Le ministère ou l'organisme doit veiller à intégrer les résultats de l'EES aux analyses des diverses options et recommandations présentées au ministre ou au Cabinet. C'est ce que nous appelons l'autoévaluation pour promouvoir l'intégration de considérations environnementales dans le processus d'élaboration de politique et de prise de décisions à l'échelle du gouvernement.

L'Agence canadienne d'évaluation environnementale, grâce à des sessions de formation et à des directives, offre aux autres ministères fédéraux des conseils pour l'application de la directive du Cabinet. Nous participons à l'élaboration d'une politique pour promouvoir l'application de l'EES.

Dans ce processus, le Bureau du Conseil privé joue un rôle important car au moment où il revoit les propositions des ministères et organismes, il vérifie si ces derniers se sont conformés à la directive. En outre, Environnement Canada a un rôle d'expert-conseil.

En 2004, la commissaire à l'environnement et au développement durable a fait une vérification pour déterminer si le gouvernement fédéral respectait la directive du Cabinet. Récemment, il y a eu une vérification de suivi pour mesurer les progrès réalisés. La première vérification portait sur 12 ministères, sur notre agence et sur les organismes centraux.

Le résultat de la vérification fait l'objet de la cinquième diapositive. La commissaire à l'environnement et au développement durable a conclu qu'il existe des lacunes importantes dans l'application de la directive. Parmi les facteurs responsables de la situation elle a noté : le soutien insuffisant de la part du personnel de la haute direction, l'absence de prise en charge centralisée et d'encadrement, la faible prise en compte des



several recommendations, one being a request that the government undertake an evaluation of the cabinet directive.

We have begun work on that evaluation as recommended and as the government agreed to do. The intent of the evaluation is to review compliance with the cabinet directive across government and, perhaps more important, how effective it has been. It will review the extent to which environmental considerations are integrated into the development of policies, plans and programs and whether and how that integration has impacted the outcomes of those policies, plans and programs.

We are hoping that the evaluation will result in recommendations that will both strengthen and measure the implementation of integration of environmental considerations into policies, plans and programs. We expect the final evaluation report in March 2009 to include recommendations on improving the performance of the directive and the measurement that I mentioned.

We see some general similarities between the process of strategic environmental assessment and proposals and discussion around health impact assessment. Both are mechanisms for evaluating the impact of policies, plans and programs. For most departments, assessing the environmental or health impacts of a proposed policy likely requires the consideration of impacts that go beyond the department's regular mandate. The challenges of developing whole-of-government approaches and ensuring clear accountability, enforcement and transparency, which we have seen through the work of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development, we expect would also be challenges in health impact assessment. Ms. Saint-Pierre touched on some of those issues.

Both the report of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development and our upcoming evaluation of the cabinet directive could provide valuable lessons learned from our processes. That could inform future development of a federal health impact assessment.

**The Chair:** Thank you. We will move to questions.

[Translation]

**Senator Pépin:** Discussing health impact assessments raises the question of whether or not it is realistic to conceive HIA as a permanent element in all legislation and in all new federal programs. Do we have the necessary resources, capacity and knowledge to roll out such a program? What would be the approximate cost of this program?

**Ms. Saint-Pierre:** Is it realistic to think so? I believe that at least one province has already done so.

**Senator Pépin:** Quebec.

facteurs environnementaux dans le processus décisionnel, et un manque de transparence. La commissaire a fait plusieurs recommandations, notamment que le gouvernement procède à une évaluation détaillée de la directive du Cabinet.

Le gouvernement a accepté cette recommandation et nous avons commencé le travail nécessaire. Nous voulons déterminer dans quelle mesure on se conforme à cette directive dans les ministères et, ce qui est peut-être plus important, son efficacité. Nous allons examiner dans quelle mesure les considérations environnementales sont intégrées à l'élaboration de politiques, plans et programmes et quelle incidence cette intégration a eu sur le résultat de ces politiques, plans et programmes.

Nous espérons que notre travail aboutira à des recommandations en vue de stimuler l'intégration de considérations environnementales aux politiques, plans et programmes et d'en mesurer l'incidence. Notre rapport final devrait être prêt dès mars 2009 et il comportera des recommandations pour améliorer l'application de la directive et les mesures que j'ai citées.

Il y a des points communs entre le processus d'évaluation environnementale stratégique et l'évaluation de l'impact sur la santé que l'on envisage. Les deux mécanismes évaluent l'impact des politiques, plans et programmes. Pour la plupart des ministères, toute évaluation, environnementale ou de l'impact sur la santé, exige que l'on tienne compte d'impacts au-delà des limites du mandat spécifique au ministère. Nous nous attendons à retrouver lors de l'application de l'évaluation de l'impact sur la santé les mêmes défis que nous avons dû relever en adoptant une approche pangouvernementale, exigeant une reddition de comptes, une application rigoureuse et une transparence réalisées grâce au travail de la commissaire à l'environnement et au développement durable. Mme Saint-Pierre a fait allusion à cela.

Le rapport de la commissaire à l'environnement et au développement durable et le résultat de notre évaluation de l'application de la directive du Cabinet pourraient permettre de tirer des leçons profitables de nos processus. Cela pourrait éclairer les éventuelles évaluations de l'impact sur la santé menées par le gouvernement fédéral.

**Le président :** Merci. Nous allons passer aux questions.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Lorsqu'on parle des études de l'EES, à ce moment, on se dit : est-ce réaliste de songer que cela puisse devenir un élément permanent de toutes les lois et de tous les nouveaux programmes fédéraux? Est-ce qu'on dispose des ressources nécessaires, de la capacité et des connaissances voulues pour être capables d'effectuer ce programme? Quel serait le coût, juste pour dire, à peu près?

**Mme Saint-Pierre :** Est-ce réaliste de croire? Je crois qu'une province au moins l'a fait.

**Le sénateur Pépin :** Au Québec.

**Ms. Saint-Pierre:** Certain countries have implemented it, as well as certain cantons of Switzerland. This is exactly why we made a point of reminding you of the environmental impact assessment. The environmental assessment impact has been implemented in all countries, in all jurisdictions. All industrialized countries have systematically implemented the environmental impact assessment. This is why we are saying that political will must be set as a first condition.

**Senator Pépin:** You talked about leadership. Which brings us back to the Quebec model. How many departments have adopted HIAs in Quebec? Is HIA integrated in all proposals, or strictly in political proposals? How does it work? Are there departmental officials who are in charge of this? How are things coordinated?

**Ms. Saint-Pierre:** Under the public health act, departments and organizations are required to make sure that their laws and regulations will not have any detrimental impact on health. The Department of Health is responsible for making sure that this provision in the act is complied with. It was decided that departments and organizations would be responsible for taking the first step, the screening stage, and for ensuring that the assessment, laws and regulations do not have a negative impact. The Department of Health provides very significant support to all departments and organizations, and has developed a five-step guide.

The beauty of the HIA approach, which has been considerably developed in Europe, as I mentioned earlier, is based on several years of experience with the environmental impact assessment. There are tools, guides and methods that have been developed and are available on the web.

The Department of Health and Social Services of Quebec has developed a guide for departments. It has also set up a network of respondents. At the request of the minister or cabinet, each department delegates one person per department to participate in the network. It is a network, rather than a committee, because the goal is to raise awareness and inform people of the impacts and determinants of health. It is not a "go" or "no go" approach.

This program is, rather, about education, exchange and sharing. Departments and organizations must comply with the provisions of the act. In actual fact, in some departments health objectives are more closely aligned with their respective mandates than in other departments, and the former are more inclined to carry out a health impact assessment.

**Senator Pépin:** Mr. Smith, when we look at the whole process that brought in environmental impact assessments, we see that it has been a success. Your documents tell us that it has been a success. Could we see a similar process used to introduce the health impact assessment?

[English]

**Mr. John Smith:** On one level, the basics of the process are fairly simple. In other words, when you are developing a policy, a plan or a program that requires ministerial or cabinet approval, it is required, as a matter of good policy development, to consider

**Mme Saint-Pierre :** Des pays l'ont fait, et certains cantons de la Suisse l'ont instauré. C'est pour cela que d'entrée de jeu, on rappelait l'évaluation d'impact en environnement. Cela se fait maintenant dans tous les pays, dans toutes les juridictions. Tous les pays industriels ont instauré de façon systématique l'évaluation d'impact sur l'environnement. C'est la raison pour laquelle nous disons que la première condition est sans doute la volonté politique.

**Le sénateur Pépin :** Comme vous l'avez dit, le leadership. On revient au Québec. Combien de ministères font des EES au Québec? Sont-ils faits dans toutes les propositions ou ne sont-ils faits qu'avec des propositions politiques? Comment cela fonctionne-t-il? Est-ce le personnel ministériel qui s'occupe de cela? Comment font-ils la coordination?

**Mme Saint-Pierre :** Selon l'article de loi de santé publique, on demande aux ministères et organismes de s'assurer que leurs lois et règlements n'aient pas d'impacts négatifs sur la santé. Le ministère de la Santé est responsable de s'assurer que cet article de loi soit mis en vigueur. La décision qui a été prise était que ce sont les ministères et organismes qui sont responsables de faire la première étape, le « screening » et de s'assurer que l'évaluation, les lois et les règlements n'ont pas d'impact. Le ministère de la Santé apporte un soutien très important à l'ensemble des ministères et organismes, entre autres, en ayant développé un guide en cinq étapes.

La beauté de l'approche EES, qui s'est développée beaucoup en Europe, comme je l'ai dit un peu plus tôt, et qui se base sur les expériences de plusieurs années en environnement, c'est qu'il y a beaucoup d'outils, de guides, de façons de faire qui ont été développées et qui sont disponibles sur la toile.

Donc le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec a développé un guide à l'intention des ministères. Ils ont mis aussi sur pied un réseau de répondants. Chacun des ministères a, à la demande du ministre ou du cabinet, délégué une personne par ministère qui fait partie de ce réseau. On l'appelle davantage réseau que comité parce que l'objectif est de sensibiliser et d'informer sur les impacts et les déterminants larges de la santé. Ce n'est pas une approche « go » ou « no go ».

Il s'agit davantage d'éducation, d'échange et de partage. Le fait que ce soit dans la loi oblige les ministères et les organismes. Dans les faits, il y a des ministères pour lesquels les objectifs de santé sont beaucoup plus prêts de leur mission que d'autres ministères et sont plus enclins à faire l'évaluation d'impact à la santé.

**Le sénateur Pépin :** Monsieur Smith, lorsqu'on regarde tout le processus qui a été fait de l'étude d'impact environnemental, cela a été un succès. Nous avons lu sur vos documents que cela a été un succès. Est-ce qu'on pourrait avoir un processus semblable pour appliquer le EES?

[Traduction]

**M. John Smith :** Les rouages du processus sont assez simples. Autrement dit, au moment de l'élaboration d'une politique, d'un plan ou d'un programme qui exige l'approbation du ministre ou du cabinet, on est tenu, pour que l'élaboration soit exemplaire, de



the impacts of that proposal in a number of areas, looking at whether it will achieve the results that you have set out to achieve, whether it will solve the problem you are trying to solve and to look at costs and impacts on society.

One element of that analysis has to be the impacts on environment. The cabinet directive requires that, as part of your broad analysis that should be done as part of good policy development, one of those elements is consideration of the effects on the environment. On one level, it is simple. Is it reasonable to implement? As I mentioned, our cabinet directive has been in place since 1990. Is it effective? That will be the subject of the evaluation that we are undertaking.

The report from the Commissioner of the Environment and Sustainable Development has indicated that the reality of the implementation is that there are problems in some areas. The application of the directive and the quality of the assessments, we suspect, are rather uneven. We know there are some good examples where it has been done reasonably well.

Regarding the methodology, over the years there has been a great deal of information about methodologies for considering environmental impacts, whether of projects or policies developed. The challenge is to ensure that it is done early, that it is done well and that it becomes an integral part of policy and program development.

[Translation]

**Senator Pépin:** Under the Quebec legislation, the minister can give orders to other ministers, he or she can be proactive. Do you think that ultimately, this could be done in the federal government?

**Ms. Saint-Pierre:** I do not know if I can answer that. In fact, I would say that one of the paragraphs of section 54 — there are 2 — gives the health minister this power to notify his colleagues. I believe that this type of exchange is possible when ministers are sitting down together making decisions, and everyone can see the impacts involved.

To implement this section of the act, the Minister of Health is required to have solid information based on conclusive evidence. I believe that health impact assessments are in keeping with this type of public policy that is based on information derived from research and conclusive data. This is why, through the agreement with the Institut de santé publique du Québec, we are developing public health directives upon the request of the Department of Health.

The Department of Health consults other departments to learn of their concerns and raise awareness concerning the health impacts of their decisions, be they related to housing or transportation. Knowledge-based concerns are raised.

Currently the Institut de santé publique is being asked to develop solid directives. This could take several months, and these directives are then handed over to the Department of Health, which uses them when needed.

mesurer l'impact de la proposition dans divers domaines, à savoir si la politique va aboutir au résultat escompté, si elle va résoudre le problème que l'on tente de résoudre et on doit en analyser les coûts et les impacts pour la société.

Un élément de cette analyse est l'analyse des impacts sur l'environnement. La directive du Cabinet exige outre l'analyse générale que l'on doit effectuer pour que l'élaboration de la politique soit exemplaire, de mesurer les effets sur l'environnement. À ce niveau-là, c'est simple. La directive est-elle justifiée? Comme je l'ai dit, cette directive existe depuis 1990. Est-elle efficace? C'est ce que nous tenterons de déterminer grâce à l'évaluation que nous menons à bien actuellement.

Le rapport de la commissaire à l'environnement et au développement durable révèle que dans la mise en œuvre, certains problèmes surgissent. Nous soupçonnons que l'application de la directive et la qualité des évaluations sont plutôt inégales. Nous savons, grâce à des cas exemplaires, que les choses ont été faites plutôt correctement.

Quant à la méthodologie, au fil des ans nous avons beaucoup appris sur les méthodes d'analyse des impacts environnementaux des projets ou des politiques mis en œuvre. L'essentiel est d'agir promptement, avec rigueur, et d'intégrer cette analyse à l'élaboration des politiques et des programmes.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Dans la loi du Québec, le ministre peut donner des ordres à d'autres ministres, il est proactif. Pensez-vous qu'en définitive, on pourrait appliquer cela à un gouvernement fédéral?

**Mme Saint-Pierre :** Je ne sais pas si je peux répondre. Je dirais, en fait, que cet alinéa de l'article 54 — il y en a 2 — confère cette possibilité au ministre de la Santé d'aviser ses collègues. Je crois que ce genre d'échange se fait autour des tables de décision des ministres où chacun peut voir un peu les impacts.

Pour mettre en œuvre cette partie de la loi, cela nécessite que le ministre de la Santé ait des informations solides basées sur des données probantes. Je crois que l'évaluation d'impact de la santé est dans cette mouvance de politique publique basée sur des informations de recherche, des données probantes, d'où la raison de cette entente avec l'Institut de santé publique du Québec qui développe des avis de santé publique à la demande du ministère de la Santé.

Le ministère de la Santé consulte les autres ministères pour connaître un peu leurs préoccupations et ce qu'ils aimeraient avoir à partir du moment où ils sont de plus en plus sensibilisés aux impacts sur la santé que peuvent avoir leurs décisions, que ce soit sur le logement ou sur le transport. Des préoccupations de connaissance sont soulevées.

À ce moment l'Institut de santé publique est sollicité pour développer des avis solides, cela peut prendre quelques mois, et ces avis sont donnés au ministre de la Santé qui les utilise lorsqu'il en a besoin.



[English]

**Mr. John Smith:** Similar to what Ms. Saint-Pierre said, in the development of policies or plans that go to cabinet, there is an opportunity for sharing and discussion amongst various departments and to bring various opinions to the table to affect the policy.

Your question strikes at the heart of the process as it is set up as a self-assessment process. Is it better to have a self-assessment process? The advantages are that the organizations that are developing the particular policy know their business, know the policy, the results they are trying to achieve and the area they are dealing with. There are also advantages to integrating the environmental considerations to all of the thinking they do in developing their policy. There are advantages to the self-assessment process.

As I mentioned, the Commissioner of the Environment and Sustainable Development has pointed to concerns about lack of central ownership. A process where a single minister or a single organization was responsible for doing that assessment perhaps might have some advantages in being able to develop some expertise in the assessment, but then that minister or organization would be applying their expertise in many different policy areas that they were less familiar with, and there are also questions about responsibility for decision making. I do not think there is one clear answer. What should be taken into consideration are the relative merits of both systems, perhaps, looking for a system where there is a body that has the expertise that the other departments can rely on to ensure the quality of their assessments.

**Senator Callbeck:** Ms. Saint-Pierre, you mentioned British Columbia. I believe they had an assessment from 1993 to 1999, and they have not got it now. Does the system in Quebec differ from the assessment they had in British Columbia?

[Translation]

**Ms. Saint-Pierre:** It is quite similar because this approach is in line with promoting population health. It is similar.

In fact, the idea is to make sure that when public policies are being developed, health is taken into consideration, they are examined from the health impact angle, just as the economic impacts of policies are considered, among others. This is what I know, because it lasted for several years; the same approach was used. In British Columbia, there is no law that obliges all departments to take such action.

[English]

**Senator Callbeck:** You therefore feel legislation is essential, then.

**Ms. Saint-Pierre:** Yes.

**Senator Callbeck:** That is one of the lessons that we learned.

**Ms. Saint-Pierre:** Yes.

[Traduction]

**M. John Smith :** Tout comme ce qu'a dit Mme Saint-Pierre, lors de l'élaboration des politiques et des plans présentés au cabinet, divers ministères se concertent et procèdent à des discussions pour multiplier les points de vue présentés.

Votre question porte essentiellement sur le processus en tant qu'autoévaluation. L'autoévaluation est-elle supérieure? Les organismes qui élaborent une politique donnée connaissent bien leur domaine, connaissent la politique, savent les résultats visés et les secteurs d'application. Ils trouvent avantage à intégrer des considérations environnementales à toute la réflexion qui précède l'élaboration d'une politique. Le processus d'autoévaluation offre des avantages.

Je le répète, la commissaire à l'environnement et au développement durable s'est dite inquiète de l'absence de prise en charge centralisée. Il peut arriver qu'un ministre ou un organisme tire profit du fait d'avoir fait une évaluation mais, avec les leçons tirées de cette évaluation-là, le ministre ou l'organisme peut être inspiré au moment où ils doivent s'attaquer à un domaine différent, qu'il leur est moins bien connu car la responsabilité des décisions leur incombe. Je ne pense pas qu'il y ait une seule réponse valable. On doit prendre en compte les mérites relatifs des deux systèmes, sans doute, et tenter de constituer un bassin de références dont les autres ministères pourraient s'inspirer pour veiller à la qualité de leurs évaluations.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Saint-Pierre, vous avez parlé de la Colombie-Britannique. Je pense qu'on a procédé à une évaluation de 1993 à 1999, dont on n'a pas encore les résultats. Le système en place au Québec diffère-t-il de l'évaluation menée en Colombie-Britannique?

[Français]

**Mme Saint-Pierre :** C'est très similaire puisque cette approche vient quand même de tout le courant de promotion de la santé ou santé de la population. C'est similaire.

En fait, l'idée est de s'assurer que lors du développement des politiques publiques, un éclairage santé soit apporté comme un éclairage économique ou d'autres types d'éclairage sur les impacts possibles. C'est sensiblement ce que je connais, parce que cela a duré quelques années, c'est la même approche. En Colombie-Britannique, il n'y a pas eu de loi pour obliger l'ensemble des ministères.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Vous pensez donc qu'il est essentiel de légiférer, n'est-ce pas?

**Mme Saint-Pierre :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** C'est une chose que nous avons apprise.

**Mme Saint-Pierre :** Oui.

**Senator Callbeck:** Did we learn anything else from British Columbia?

[Translation]

We also drew another lesson from the presence of champions. This is another different approach. It is innovative. During a meeting held on the 22nd, with people from British Columbia, we learned certain things. Not only government leaders, but academic leaders and NGO leaders set out the broad outlines, the significant lessons. Together, they sent several messages to create one single discourse and make sure that as many people as possible subscribed to it. There was a lesson to be learned.

Another lesson was the establishment of broad health objectives. At the time British Columbia was developing its population health program, based on a long-term vision, with broadly defined health objectives.

These are positive points which led to the acceptance of this approach by the government. I refer to one difficulty that was also noted by an observer, that pertaining to methodology. This approach is based on the environmental impact assessment on physical health, direct causes, such as dump sites and the release of toxic emissions. One can easily make the link between health and the population.

From a social perspective, it is very difficult to draw the same linear, cause-and-effect relationship as it is with exposure to a substance and health. Therefore, the approach did not enjoy any scientific credibility, as did the environmental impact assessment. Difficulties arose when the government tried to evaluate the effectiveness of this approach and concluded that it would be ineffective in modifying population health. It was unrealistic to come to such a conclusion over such a brief period of time.

That is one the reasons why the approach did not last over time.

[English]

**Senator Callbeck:** I want to come back to this proactive advice of the Minister of Health. Is that in legislation, that the Minister of Health has that power?

**Ms. Saint-Pierre:** Yes.

**Senator Callbeck:** Is the Minister of Health supposed to give that advice after the impact study is done?

[Translation]

**Ms. Saint-Pierre:** Yes, that is why we have an agreement with the Institut de santé publique.

[English]

**Senator Callbeck:** Mr. Smith, with regard to the environmental input assessment, what have been the major problems or challenges in implementing this?

**Le sénateur Callbeck :** A-t-on tiré un autre enseignement de l'expérience de la Colombie-Britannique?

[Français]

Une autre leçon a été la présence des champions. C'est une façon de faire différente. Ce sont des innovations. Nous avons appris de la rencontre que nous avons tenue le 22 où il y avait des gens de la Colombie-Britannique. Des leaders, pas seulement au sein du gouvernement, mais des leaders académiques et des ONG ont un peu tracé les grandes leçons. Ensemble ils ont envoyé plusieurs messages pour créer le discours et faire en sorte qu'il y ait le plus de gens possible qui adhèrent. Il y avait cette leçon.

L'autre leçon était l'établissement des objectifs de santé large, c'est une époque où la Colombie-Britannique développait son programme de santé des populations avec une vision à long terme, et une santé définie largement.

Ce sont les points positifs qui ont apporté cette approche au sein du gouvernement. Une des difficultés qu'ils auraient éprouvée, selon un observateur, aurait été la difficulté méthodologique à laquelle je faisais référence, puisque cette approche vient de l'environnement où les évaluations d'impact en environnement sont des évaluations d'impact sur la santé physique, avec une causalité linéaire, comme un site d'enfouissement avec un dégagement d'émanations toxicologiques. On peut très bien faire ce lien avec la santé et la population.

Dans le domaine social, il est très difficile de faire ce même lien de relation exposition effets sur la santé. Donc l'approche n'avait pas la crédibilité scientifique que pouvait avoir l'approche en environnement et cela a créé des difficultés lorsque le gouvernement a voulu évaluer l'efficacité de cette approche qui a été jugée inefficace à changer la santé de la population. C'était irréaliste, en si peu de temps.

C'est une des raisons pour lesquelles cela ne s'est pas maintenu dans le temps.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Je voudrais revenir au conseil proactif offert par le ministre de la Santé. Est-ce la loi qui donne ce pouvoir au ministre de la Santé?

**Mme Saint-Pierre :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Le ministre de la Santé est-il censé donner ce conseil une fois l'étude d'impact terminée?

[Français]

**Mme Saint-Pierre :** Oui c'est la raison de cette entente avec l'Institut de santé publique.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Monsieur Smith, y a-t-il eu des problèmes graves ou des défis dans la mise en œuvre des évaluations environnementales?



**Mr. John Smith:** I would point to what the Commissioner of the Environment and Sustainable Development had done, which dealt with what the commissioner felt was lack of leadership and central support. One of main issues was lack of central ownership and leadership to ensure that the findings of the assessments were followed through on.

**Senator Callbeck:** You said the Privy Council oversees departments to ensure that they are following the directives. Is that right?

**Mr. John Smith:** It has a general oversight role in terms of policy and programs coming to cabinet, and so it looks at all of the memoranda and policies coming to cabinet to ensure that the analyses and recommendations are appropriate for cabinet consideration.

**The Chair:** I would like to ask both of you to address the following: Our report is unfolding now. It will be out in December. We have done four preliminary reports, as you know. We are headed — at least at this point in time, until we are convinced to change directions a bit by people like yourself — to recommend a whole-of-government approach, even though we have met many naysayers who say we cannot do this. However, other countries are doing it, some provinces are doing it, and even Ontario is doing it now. We intend to recommend that at the very beginning there be a whole-of-government approach to population health.

We will have a tremendously strong emphasis on the correction of health inequities, which are huge in Canada and often indefensible. In fact, even though I am on public transmission, I would say they contravene human rights, I believe.

We will be fairly forceful with regard to the need to address and correct this. We will be emphasizing that we think health impact analysis is possible, can be done, and should be implemented across the country. We will be recommending an information highway, so to speak, for population health that will link community, civic data banks, provincial data banks, federal data banks, and any other data banks that are relevant, and it will involve Statistics Canada, the Canada Health Infoway, the Canadian Institute for Health Information initiative, and so forth.

Fundamentally, that is what we want to see. We are very impressed with this program in Newfoundland, thanks to Senator Cook, who talked us into going there because she is from Newfoundland. They have at their fingertips information on the well-being of every community in Newfoundland. However, more than that — which is truly impressive — they can display the change in well-being for each community of Newfoundland.

When that is coupled with some of the initiatives we see in Saskatchewan, Manitoba, Quebec, Ontario and some of the data banks on the native reserves — I mean the good data banks — I do believe that Canada, collectively, is coming into a position to address and correct health inequities. It will not happen

**M. John Smith :** Je rappellerais ici les propos de la commissaire à l'environnement et au développement durable, à savoir qu'elle estimait qu'il y avait une absence de prise en charge centralisée et d'encadrement. Une des principales difficultés est l'absence de prise en charge centralisée pour garantir que les conclusions des évaluations ont été suivies jusqu'au bout.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit que le Bureau du Conseil privé surveillait les ministères pour s'assurer qu'ils respectent les directives. C'est bien cela n'est-ce pas?

**M. John Smith :** Le bureau a pour rôle de surveiller l'ensemble des politiques et des programmes présentés au Cabinet. Ainsi, il prend connaissance des mémoires et des énoncés de politique pour s'assurer que les analyses et les recommandations qu'ils contiennent sont prêtes à être examinées par le Cabinet.

**Le président :** Je voudrais que tous deux vous répondiez à ma requête. Notre rapport est en cours de préparation. Il sera prêt en décembre. Nous avons rédigé quatre rapports préliminaires, comme vous le savez. À moins que des témoins comme vous nous amènent à changer de cap, nous avons l'intention de recommander une approche pangouvernementale même si cette notion a rencontré un grand nombre de détracteurs. Toutefois, l'approche a été retenue dans d'autres pays, dans certaines provinces, même en Ontario actuellement. D'emblée, nous avons l'intention de recommander une approche pangouvernementale en matière de santé des populations.

Nous allons souligner fermement la nécessité de redresser les inégalités en matière de santé, lesquelles, au Canada, sont énormes et souvent inadmissibles. Peu importe que je le dise en public mais en fait j'irais jusqu'à dire que ces inégalités sont une violation des droits de la personne, à mon avis.

Nous allons être très fermes et réclamer qu'on remédie à ces inégalités. Nous allons dire haut et fort que nous estimons que l'analyse d'impact sur la santé est possible, peut être faite, et doit l'être à l'échelle du pays. Nous allons recommander une autoroute information santé en matière de santé des populations qui va interrelier les collectivités, les banques municipales de données, les banques provinciales et fédérales et toute autre banque de données pertinente. Nous allons demander la participation de Statistique Canada, de l'Inforoute Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, et cetera.

Voilà ce que nous souhaitons pour l'essentiel. Nous sommes très impressionnés par le programme en vigueur à Terre-Neuve, et c'est grâce au sénateur Cook que nous avons été convaincus d'aller nous renseigner sur place, car elle est de Terre-Neuve. Le programme offre promptement des renseignements sur le bien-être de toutes les collectivités terre-neuviennes. Qui plus est — et c'est vraiment impressionnant — le programme permet de visualiser les modifications dans le bien-être de toutes les collectivités terre-neuviennes.

Si l'on combine cela avec certaines initiatives lancées en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec, en Ontario et des banques de données sur les réserves autochtones — et j'entends par là les bonnes banques de données —, je pense que le Canada, grâce à un effort collectif, pourra s'attaquer aux inégalités en



overnight, but I believe that we, as a nation, cannot dodge the bullet any longer, and that is fundamentally what our report is all about.

**Ms. Saint-Pierre:** you had experience with this at the provincial level. Mr. John Smith, you have had experience with the attempted whole-of-government approach in the environment. Tell us about the foibles of our plan and how you would do it if you were doing it.

**Ms. Saint-Pierre:** Your question is what we think about your plan; is that correct?

**The Chair:** Yes. Tell us what is defective in the plan, and what will work and what will not work.

[Translation]

**Ms. Saint-Pierre:** In fact, I believe your position is very much in line with the majority of countries, where ways in which the health of populations can be improved are being considered. You are quite right to say that in Canada, there are many resources we are not necessarily aware of.

Two things come to mind: The idea of having data banks and information is no doubt the cornerstone upon which we can build projects, and especially be able to determine what needs to be done, regardless of the strategies that we choose to monitor improvements in population health. I am sure that is no doubt the first step.

What we have been very happy to note, at the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, which is a pan-Canadian and horizontal organization, are the initiatives that have been undertaken, very diverse in nature, in each of the provinces; we also see a lack of awareness of these initiatives from one province to another.

You were talking about Newfoundland; the centre is relatively new, and we are not yet entirely familiar with all of the initiatives. But the people of Alberta would no doubt be very interested in hearing what happens in Saskatchewan, and vice versa.

This is one of the roles of the collaborating centres, to develop this networking and a better understanding from province to province. Because you are quite right, there is a lot of networking already underway and we are beginning to also see more pan-Canadian public health infrastructures.

And I am thinking about the public health schools. The six public health schools that are being set up will definitely contribute to fostering improved knowledge and information-sharing.

[English]

**Mr. John Smith:** There are a couple of things to consider. You mentioned that your report will be saying health impact analysis is possible. The lesson from strategic environmental impact assessment would be that yes, it is possible. The concept is

matière de santé et les redresser. Cela ne se fera pas du jour au lendemain mais je pense que le Canada, en tant que nation, ne pourra pas se dérober plus longtemps et ce sera là le message fondamental de notre rapport.

Madame Saint-Pierre, vous connaissez la situation au niveau provincial. Monsieur John Smith, vous avez l'expérience d'une tentative d'approche pangouvernementale en matière d'environnement. Signalez-nous les anicroches. Comment vous y prendriez-vous à notre place?

**Mme Saint-Pierre :** Vous me demandez ce que nous pensons de votre plan?

**Le président :** Oui. Dites-nous quelles sont les lacunes de notre plan, ce qui va marcher et ce qui ne marchera pas.

[Français]

**Mme Saint-Pierre :** En fait, je crois que votre position est très en phase avec celle de la majorité des pays, où on réfléchit sur la façon d'améliorer la santé de la population. Vous avez raison de dire qu'au Canada, il y a beaucoup de ressources que l'on ne connaît pas nécessairement.

Deux choses me viennent à l'esprit. L'idée les banques de données, les informations est sans doute la pierre angulaire pour pouvoir bâtir des projets et surtout pouvoir évaluer les interventions à faire, peu importe les stratégies que l'on choisit pour suivre l'amélioration de la santé de la population. Je crois que c'est sans doute la première étape.

Ce que nous réalisons avec beaucoup de bonheur, au Centre de collaboration nationale de santé publique, qui est un organisme pancanadien et transversal, ce sont les initiatives faites, très différentes les une des autres, dans chacune des provinces et ce manque de connaissances des initiatives d'une province à l'autre.

Vous parliez de Terre-Neuve; le centre est relativement nouveau, on ne connaît pas encore très bien toutes les initiatives. Mais les gens de l'Alberta seraient très certainement intéressés à entendre ce qui se passe en Saskatchewan, et vice-versa.

C'est un des rôles des centres de collaboration de développer ce réseautage et cette meilleure connaissance, d'une province à l'autre. Parce que vous avez raison, il y a beaucoup de réseautage qui existe et on commence à voir aussi des infrastructures de santé publique davantage pancanadienne.

Et je pense aux écoles de santé publique; les six écoles de santé publique qui sont en train de se mettre en place contribueront certainement à favoriser cette meilleure connaissance et ce partage d'information.

[Traduction]

**M. John Smith :** Il y a deux ou trois choses qu'il faut prendre en compte. Vous avez dit que votre rapport annoncerait qu'une analyse d'impact sur la santé était possible. À en juger par l'évaluation environnementale stratégique, je dirais que oui c'est

relatively simple. The lesson from our experience in terms of the environmental impact assessment process is ensuring there is a clear definition of responsibilities and accountabilities.

I had mentioned earlier some pros and cons of a self-assessment approach and a centralized approach, but fundamental to whatever approach is taken in terms of responsibilities is to ensure that there is adequate availability of expertise, whether it is in a variety of departments or in one department, and regardless of decision making to make sure that the expertise is there.

It is interesting that you mentioned the information highway for population health and linking data banks. Many parallels are being worked on in the area of environmental impact assessment, using, in this case, geographic information systems to link together information in data banks and web bases to try to get a picture of what is happening in one particular location.

When we are assessing in the area of project environmental assessment and you look at a project in one particular location, robust tools like that that can let you access all of the information about the physical and the environmental conditions of the area, of other projects that are going on, is invaluable. That kind of work is perhaps in its early days. A lot of work is being done in Canada and in the United States.

That is a useful approach. There is a lot of information there and it is feasible. I am not a computer expert by any means, but from what we have seen, it is feasible to relatively easily define systems that can pull in all of that disparate information from a variety of sources and give a single snapshot. Having that kind of information available would be invaluable.

**Senator Cook:** My first question will have the element of risk in it, at least for me. In relation to developing policy, we have a health impact assessment and we have an environmental assessment. For our purposes, is it possible to be practical and to amalgamate this when we are looking at data banks, collections of knowledge in provinces and attempting to build a prototype, if you will? Is it possible to meld the two with all the common elements in it? I am afraid I do not know very much about environmental impact assessments in relation to health. I want to know from a practical point of view whether it is possible.

**Mr. John Smith:** If we look at the current requirements, both under our legislation for project assessment and under the cabinet directive in dealing with strategic environmental assessment, there is currently some consideration of health impacts in those processes, but it is only some. It deals with the way the directive and the legislation are framed. It deals with situations where there is a change in the environment that then causes health impacts. There is some consideration of health impacts, but it is certainly not as broad as the wide range of determinants of health that would be looked at in a health impact assessment.

That is the current situation. Is it possible to amalgamate the two? I would say it is possible. One consideration from the point of view of environmental impact is whether by amalgamating

possible. La notion est relativement simple. D'après notre expérience du processus, il importe de veiller à ce qu'il y ait une nette définition des responsabilités et de la reddition de comptes.

J'ai donné le pour et le contre tout à l'heure de l'approche auto-évaluative par rapport à l'approche centralisée. Toutefois, quelle que soit l'approche retenue en matière de responsabilité, il faut s'assurer qu'on peut compter sur un nombre adéquat d'experts, que ce soit dans plusieurs ministères ou dans un seul, et peu importe où se trouvera la prise de décision, il faut prévoir des experts.

Il est intéressant que vous ayez fait allusion à l'autoroute information santé pour la santé des populations et au lien avec les banques de données. En matière d'étude d'impact sur l'environnement, on utilise des systèmes d'information géographique reliés à des banques de données et à des sites Internet pour cerner la situation dans une localité donnée.

Quand nous procédons à une évaluation environnementale, nous examinons un projet dans un endroit donné, et il est très précieux de pouvoir compter sur des outils robustes comme ceux qui renseignent sur les conditions physiques et environnementales de la région et sur les autres projets menés en parallèle. Ce genre de travail en est probablement à ses balbutiements. On s'attelle arduement à cette tâche au Canada et aux États-Unis.

C'est une approche valable. Les renseignements existent en quantité et c'est réalisable. Je suis loin d'être un expert informaticien mais d'après ce que j'ai vu, on peut assez facilement définir des systèmes qui peuvent réunir des renseignements disparates provenant de diverses sources pour en faire un tableau instantané. Pouvoir compter sur ce genre de renseignement serait très précieux.

**Le sénateur Cook :** Ma première question comporte un petit risque, du moins de mon point de vue. Au moment de l'élaboration des politiques, on procède à une évaluation environnementale et à une évaluation de l'impact sur la santé. Pour nos fins, est-il possible, pour être pratique, d'amalgamer ces deux évaluations au niveau des banques de données, des connaissances recueillies dans une province, afin de constituer une sorte de prototype, pour ainsi dire? Sera-t-il possible de fusionner les deux en cernant les éléments qu'ils ont en commun? Je crains d'être assez ignorante des études d'impact sur l'environnement par rapport à la santé. Je voudrais savoir si, sous l'angle pratique, ce serait possible?

**M. John Smith :** Les exigences actuelles, selon la loi pour l'évaluation des projets et d'après la directive du cabinet sur l'évaluation environnementale stratégique, imposent que l'on tienne compte des impacts sur la santé, mais sous certains angles seulement. Cela tient à la façon dont la directive et les dispositions législatives sont charpentées. On s'intéresse aux situations où un changement dans l'environnement entraîne des impacts pour la santé. Il y a donc des éléments sanitaires en l'occurrence mais cela n'englobe certes pas toute la gamme des déterminants de la santé sur lesquels porterait l'évaluation de l'impact sur la santé.

C'est la situation actuelle. Est-il possible de fusionner les deux? Je dirais que oui. Il faudrait toutefois se demander si en les fusionnant, nous ne risquons pas d'avoir une vision moins claire



them we would lose a clear and definite focus on the environmental issues. In other words, would the environmental issues be overwhelmed by all of the potential health issues that might come along?

From a strictly environmental viewpoint, there may be some benefit in keeping them separate to make sure you do not lose that focus. When a policy and program are being developed, there are other issues that need to be looked at as well, and an integration of sorts does occur at one point when you are coming up to the final decision, so many different areas do get integrated. There may be some benefit in specifically highlighting the separate areas that need to be looked at so that one does not overwhelm the other.

**Senator Cook:** That is my angst. I do not want to overwhelm the system. I want to have a clear definition. If we are developing something at a federal level, I want something that is user-friendly from a provincial perspective. More especially, we are building a pyramid. I do not want it to be overloaded at the bottom so at the top will be the healthy person.

We would be recommending to provinces that they share or take out of this what is needed. At what point should we have enabling legislation from a federal point of view to ensure that the elements are protected?

I will tag the other question that is running through my head, and that is the evaluation process. What would be the time lapse from the time of an impact assessment study in place and then going out and asking for an evaluation? In Newfoundland, I believe it is two years.

**Ms. Saint-Pierre:** In Newfoundland does it take two years?

**Senator Cook:** They are out now. In their strategic plan they are in year two and they were going into the field when we were there in May and that has been two years. They have started their evaluation process. They report annually to the legislature through their cabinet committee, but Newfoundland has a strong leadership component with adequate funding.

I am trying to see where this fits on the scale. Where do you put the impact assessments? In B.C. it was mandatory and it went someplace else, but we need legislation. How do we get some practical legislation to make sure that those essential things are there, if health and environment need to be separate? I do not want to overload the system so that it is not user-friendly when we get to that point. However, I want to ensure that some things are not optional. That is what I am trying to get at.

**Mr. John Smith:** In the area of the strategic environmental assessment with the federal government, it is not optional. It is required by a cabinet directive. Various organizations have called for the requirement to be put in legislation. Whether or not that is an approach to take we hope will be informed by our upcoming evaluation. It has not been necessary up to this point.

et définie des considérations environnementales. Autrement dit, les considérations sanitaires qui pourraient surgir surpasseraient-elles les considérations environnementales?

D'un point de vue strictement écologique, il serait peut-être avantageux de bien marquer la distinction pour ne pas perdre de vue les objectifs. Au moment où on élabore une politique et un programme dans un secteur, il y a d'autres problèmes dont on doit tenir compte également et au moment de la décision finale, une forme d'intégration se produit si bien que plusieurs secteurs s'emboîtent. Il serait peut-être avantageux de mettre en lumière de façon précise les divers secteurs qu'il faut aborder séparément afin d'éviter qu'un seul ne prenne pas le pas sur les autres.

**Le sénateur Cook :** C'est ma grande crainte. Je ne voudrais pas que le système soit bombardé. Je souhaite une définition claire. Si au niveau fédéral nous concevons quelque chose, je souhaiterais que les provinces puissent s'en servir facilement. Il faudrait éviter une base trop lourde même si l'objectif est la santé des gens au sommet.

Il faudrait recommander aux provinces d'apporter leur contribution ou d'en tirer ce dont elles ont besoin. À quel moment des mesures législatives fédérales seront-elles nécessaires pour garantir la protection qui s'impose?

Je vais ajouter ici une question sur le processus d'évaluation. Quelle durée devrait s'écouler entre l'étude d'impact et la demande d'évaluation? À Terre-Neuve, je pense que c'est deux ans.

**Mme Saint-Pierre :** Cela prend-il vraiment deux ans à Terre-Neuve?

**Le sénateur Cook :** Le processus est enclenché. La planification stratégique en est à sa deuxième année. Quand nous y sommes allés au mois de mai, l'évaluation commençait sur le terrain, après deux ans. Le processus d'évaluation est enclenché. Tous les ans, un rapport est déposé à l'assemblée législative par l'intermédiaire d'un comité du Cabinet mais à Terre-Neuve les choses sont dirigées fermement, avec un financement suffisant.

J'essaie de voir comment cela se compare à l'ensemble. Où situez-vous les études d'impact? En Colombie-Britannique, c'était obligatoire mais ça n'a pas abouti. Il faut des mesures législatives. Comment concevoir des mesures législatives pratiques pour garantir qu'on pare à l'essentiel, s'il faut faire la distinction entre santé et environnement? Il ne faudrait pas que le système soit alourdi à tel point qu'on répugne à l'utiliser en temps utile. Toutefois, je veux m'assurer que certaines choses ne sont pas facultatives. Voilà où je veux en venir.

**M. John Smith :** L'évaluation environnementale stratégique du point de vue du gouvernement fédéral n'est pas facultative. Elle correspond à une directive du Cabinet. Diverses organisations ont réclamé que cela soit inscrit dans la loi. Sera-t-il nécessaire de le faire? L'évaluation que nous ferons sous peu nous renseignera, espérons-le. Jusqu'à présent, cela n'a pas été nécessaire.



One consideration is that the environmental impact assessment is to be done as part of developing policy and making options and recommendations to ministers and the cabinet. In one sense, to put the requirement in legislation means that you are legislating the policy development decision-making process within government, and that might pose some challenges.

As I said, putting the requirement in place and making it mandatory has been done through a cabinet directive. I mentioned that the Commissioner of the Environment and Sustainable Development pointed to the fact that ensuring that there is accountability is important to making sure it happens, and ensuring there is availability of expertise for departments to draw on is important.

As I said, legislation has been suggested, but I think some of the underlying processes are as important in ensuring that it happens. Does that answer your question?

You had a question about time frames for evaluation. The evaluation that we are doing is looking at the overall implementation of the cabinet directive. In other words, there is not an evaluation each time something goes forward. It is a one-time thing. Maybe there will be future evaluations, but this is being done now, and hopefully it will be done by next March. We are looking across the board at the implementation of the directive.

**Senator Cook:** The mechanism for reporting in my province is on an annual basis, so would it not follow that evaluation would have to be running parallel to that, if you are to be transparent with what you are doing?

**Mr. John Smith:** Currently, a public statement is required on the results of the strategic environmental assessment. It does not get into an evaluation, but there is a requirement that when a strategic EA is done, there is a public statement on the results of that.

**Tim Smith, Senior Policy Advisor, Canadian Environmental Assessment Agency:** I would add that in addition to the public statement, there is an expectation that where a department undertakes a detailed strategic environmental assessment, for example, there be some effort to follow up on the findings of that analysis; and if mitigation measures are proposed through that analysis, to make sure those have the desired effect on the policy outcomes. In a sense, I suppose that is a form of evaluation on a case-by-case basis.

**Senator Cook:** There are bound to be tensions in any system, because health is delivered provincially. My maternal instincts are to create a system that will be good, mandatory and proper, one that there is no opting out of, but one that is user-friendly so that the provinces will want to use it.

I would like your opinion. I have some understanding of the environmental impact, but I would like your comment on the health impact.

Il faut que l'évaluation de l'impact environnemental soit menée à bien dans le cadre de l'élaboration de la politique et qu'on présente aux ministres et au Cabinet des options et des recommandations. D'une certaine façon, si on légifère, on légifère tout le processus d'élaboration de la politique et de la prise de décision au sein du gouvernement et cela peut présenter des embûches.

Comme je l'ai dit, jusqu'à présent c'est grâce à une directive du Cabinet que cette exigence est obligatoire. Je le répète, le commissaire à l'environnement et au développement durable a rappelé que la reddition de comptes était capitale pour garantir que les choses sont faites correctement, et que les ministères puissent compter sur une source de référence dont ils peuvent s'inspirer.

Comme je l'ai dit, la possibilité d'une mesure législative a été évoquée mais je pense que les mécanismes fondamentaux sont tout aussi importants pour garantir l'atteinte de l'objectif. Cela répond-il à votre question?

Vous avez posé une question au sujet de l'échéancier en vue de l'évaluation. L'évaluation à laquelle on procède actuellement vise à s'assurer que la directive du Cabinet est respectée de façon générale. Autrement dit, nous ne faisons pas une évaluation chaque fois qu'une mesure est prise. C'est fait ponctuellement. Il y aura peut-être d'autres évaluations à l'avenir, mais le processus actuel, espérons-le, aboutira d'ici mars prochain. Nous vérifions l'application générale de la directive.

**Le sénateur Cook :** Dans ma province, le rapport se fait annuellement. Au nom de la transparence, l'évaluation ne devrait-elle pas être à l'avenant?

**M. John Smith :** Actuellement, on exige que les résultats de l'étude d'impact stratégique sur l'environnement soient divulgués. Il n'en va pas de même pour l'évaluation mais on exige qu'une étude d'impact stratégique sur l'environnement soit faite et que les résultats en soient divulgués.

**M. Tim Smith, conseiller principal en politique, Agence canadienne d'évaluation environnementale :** J'ajouterais qu'outre la divulgation de ces résultats, on s'attend à ce qu'un ministère qui entreprend une étude d'impact stratégique sur l'environnement, par exemple, se préoccupe du suivi des conclusions de cette analyse. Si l'analyse révèle que des mesures d'atténuation des impacts seraient souhaitables, on s'attend à ce que le ministère veille à ce que ces mesures aient l'incidence souhaitable sur le résultat de la politique. D'une certaine façon, je suppose que c'est une évaluation au cas par cas.

**Le sénateur Cook :** Forcément, tout système suppose des tensions étant donné que la santé relève des provinces. Mon instinct maternel me pousse à vouloir créer un système qui sera solide, obligatoire et adapté. Un système qui ne permette aucun désistement mais qui soit convivial pour que les provinces souhaitent s'en servir.

Je voudrais avoir votre opinion. Nous avons à peu près cerné l'impact environnemental mais je voudrais que vous me parliez de l'impact sur la santé.

*[Translation]*

**Ms. Saint-Pierre:** Your pragmatic concern involving integration and deadlines are two important issues in the practice of health impact assessment, whether it concerns projects or is on the political level. Furthermore, the literature, particularly in Europe, reflects that. Should we move forward, is integration desirable in order to avoid the departments having too great a burden? As Mr. Smith was saying, there is always the risk of weakening the initiative. Health concerns are more difficult as far as the social aspects of health are concerned. This aspect is very difficult to assess.

Concern about the disparities in health is part of the health impact assessment approach, which is not necessarily the case in the environmental area. By attempting to integrate environment with health, we run the risk of eliminating those disparities in health care. At the same time, in order to be pragmatic and promote this practice within government, we must attempt to see how this integration could be achieved. In order to do this, a pan-governmental approach is required. One of the gains for the Quebec government has been a better understanding between departments. At the Department of Health, the public health stakeholders understand the interests and needs of the other departments a little better. This approach brings the departments a little closer.

An intensive study was carried out on the effectiveness of health impact assessment approaches in Europe. This study was done over a three-year period. Nineteen countries contributed to this assessment of the effectiveness of the approach. The study dealt with projects that were sometimes municipal, sometimes provincial or regional. The European office carried out this study. Generally speaking, the conclusion was that the approach was effective. The effectiveness was seen particularly in the ability of the process to influence decision-makers outside the field of health as concerns broader health determinants. The approach was also effective when policies had to be changed midstream and also to strengthen the administrative system. The latter then becomes more consistent, because the government is obliged to work less in silos and more horizontally.

There are many issues. The time factor is also important. Sometimes public policy is developed very quickly. It is therefore difficult to carry out rigorous analyses on health and to add scientific information in due time. There are therefore adjustments to be made by all stakeholders. Decisions are sometimes made without taking the time to research all of the considerations.

*[English]*

**Senator Cook:** Thank you very much. I will have to do my own analysis.

**The Chair:** Now I want to really exploit you.

*[Français]*

**Mme Saint-Pierre :** Votre préoccupation pragmatique touchant l'intégration et l'échéancier sont deux enjeux importants de la pratique d'évaluation de l'impact à la santé, qu'il s'agisse des projets ou au niveau politique. D'ailleurs, la littérature, surtout en Europe, en fait état. Devons-nous, l'intégration est-elle souhaitable afin d'éviter le fardeau pour les ministères? Comme le dit M. Smith, le risque d'édulcorer existe toujours. La préoccupation en santé est plus difficile en ce qui a trait aux aspects sociaux de la santé. Cet aspect est difficile à évaluer.

La préoccupation avec les inégalités en santé fait partie de l'approche d'évaluation d'impact à la santé, ce qui n'est pas le cas nécessairement en environnement. En tentant d'intégrer l'environnement et la santé, on risque d'éliminer les inégalités en santé. En même temps, pour être pragmatique et favoriser cette pratique au sein du gouvernement, il faut essayer de voir comment l'intégrer. Pour ce faire, l'approche pangouvernementale est nécessaire. Un des gains au sein du gouvernement québécois est la meilleure compréhension d'un ministère à l'autre. Au ministère de la Santé, les intervenants en santé publique comprennent un peu mieux les impératifs et les besoins des autres ministères. Cette approche permet un rapprochement entre les ministères.

Une étude intensive fut menée sur l'efficacité de l'approche d'évaluation d'impact de la santé en Europe. Cette étude s'est échelonnée sur trois ans. Dix-neuf pays ont contribué à cette évaluation de l'efficacité de l'approche. L'étude s'est penchée sur des projets parfois au niveau municipal, parfois au niveau provincial ou régional. Le bureau européen a mené cette étude. De façon générale, on a conclu que l'approche était efficace. Cette efficacité s'est révélée particulièrement en misant sur la capacité du processus à influencer les décideurs hors santé sur les déterminants larges de la santé. L'approche est efficace aussi lorsqu'il s'agit de changer les politiques en cours de route et pour renforcer le système administratif. Celui-ci devient alors plus cohérent, puisque le gouvernement est obligé de travailler moins en silo et de façon plus horizontale.

Il existe beaucoup d'enjeux. Le facteur temps est aussi important. Les politiques publiques se développent parfois rapidement. Il est alors difficile de faire des analyses rigoureuses sur la santé et d'apporter une information scientifique en temps voulu. Il y a donc des ajustements à faire de la part de tous les acteurs. Les décisions sont prises parfois sans prendre le temps de faire des recherches sur l'ensemble des considérations.

*[Traduction]*

**Le sénateur Cook :** Merci beaucoup. Je vais devoir faire ma propre analyse.

**Le président :** Je vais maintenant vous poser des questions pointues.



I have been truly fascinated for the past few years by the analogy between the environment and population health, because neither is soluble without a whole-of-government approach; indeed, neither is soluble without an international approach on top of a whole-of-government approach.

I spoke about the afferent loop, about how we can gather information at the community level and wind it through civic governments and provinces and up to the federal level and so forth. Then, when we get it up there and we have defined the inequities — which we can define pretty well right now — but when we truly define them accurately, we have to come back through the efferent loop and correct them; otherwise, the exercise is a waste of time. In dealing with environment assessment, the analogy is close to health assessment. I cannot tell you how to deal with environment, obviously — you know a lot more about it than I do — but in dealing with the environment, you have to deal with everything from 747s flying from Vancouver to St. John's, Newfoundland, to a local community of 100 people that is contaminating the water table from the dump.

You have to correct all of that if you are to control the environment. Do you agree, Mr. Smith?

**Mr. John Smith:** Yes.

**The Chair:** In dealing with population health, we are in the same predicament. We cannot deal with pandemics at the provincial level. We can implement some changes and so forth, but to deal with a pandemic, we have to at least go to a national plan and probably even an international plan.

To deal with some of the other determinants of health that seem so eminently correctable, such as communities with unclean drinking water, inadequate food supplies, particularly in the North, inadequate schools and education, inadequate health clinics and that kind of thing, the correction seems relatively simple, even though it does take a lot of money, perhaps, or maybe not as much as we are spending the way things are now, because we are not dealing with the determinants of health.

The point I am coming to is whether you see the possibility of the linkages working, as I mentioned, for a population health information highway, from top to bottom. Do you see the possibility of the linkages working from top to bottom to correct health inequities, or is that a pipe dream?

**Mr. John Smith:** In terms of the information you talked about and the linkages working, there is tremendous possibility out there. The work that our agency is involved with in trying to hook into information systems related to decisions on the environment suggests that it is feasible to link this information to make greater amounts of information available, so that when somebody is making a decision on a specific issue, that information is readily available.

Depuis quelques années, je suis vraiment fasciné par l'analogie entre le dossier de l'environnement et celui de la santé des populations. Ni l'un ni l'autre ne peuvent être résolus sans une approche d'ensemble de la part du gouvernement. Qui plus est, ni l'un ni l'autre ne peuvent être résolus sans une approche internationale qui chapeauterait celle du gouvernement.

J'ai parlé de la boucle afférente, c'est-à-dire la façon dont on recueille des renseignements à l'échelle communautaire, lesquels sont transmis à l'administration municipale, puis aux provinces, puis au gouvernement fédéral, et cetera. Ensuite, une fois rendu là, que les inégalités sont cernées — et nous avons dès maintenant une petite idée de ce qu'elles sont —, une fois qu'elles sont définies de façon plus précise, il faut, grâce à la boucle efférente, les redresser. Faute de quoi, l'exercice est une perte de temps. L'évaluation environnementale se rapproche de l'évaluation sanitaire. Je ne peux pas vous dire comment procéder avec l'environnement — vous en connaissez bien plus que moi là-dessus — mais en l'occurrence, vous devez vous préoccuper tant des 747 qui vont de Vancouver à St. John's, Terre-Neuve, que d'une population de 100 âmes dont le dépotoir contamine la nappe phréatique.

Si vous voulez avoir mainmise sur l'environnement, vous devez vous occuper de tout cela. N'en convenez-vous pas, monsieur Smith?

**M. John Smith :** Oui.

**Le président :** S'agissant de la santé des populations, nous faisons face au même dilemme. Nous ne pouvons lutter contre les pandémies à l'échelle provinciale. Nous pouvons apporter des modifications, et cetera. mais dans le cas d'une pandémie, il faut un plan national au moins, voire un plan international.

Dans le cas de certains autres déterminants de la santé auxquels on peut très bien apporter des correctifs, comme les collectivités qui n'ont pas d'eau potable, l'approvisionnement insuffisant en nourriture, en particulier dans le nord, les écoles et une instruction inadéquates, les cliniques médicales insuffisantes, et cetera. le redressement semble relativement simple même s'il exige beaucoup d'argent, sans doute, ou peut-être pas autant que ce que nous dépensons actuellement, parce que nous ne nous attaquons pas aux déterminants de la santé.

Voici où je veux en venir : serait-il possible de créer des réseaux grâce à l'autoroute information — santé, des réseaux verticaux? Voyez-vous la possibilité d'un réseau du haut au bas afin de redresser les inégalités en matière de santé ou est-ce une illusion?

**M. John Smith :** Il existe des possibilités inouïes de faire fonctionner de tels réseaux. Notre agence s'emploie à se connecter à des systèmes d'information portant sur les décisions prises en matière d'environnement. Et nous constatons qu'il est possible de relier ces renseignements pour les diffuser davantage afin qu'un décideur travaillant sur un dossier particulier puisse y accéder plus facilement.



It is not necessarily easy to get everything that you need quickly, but I think the possibilities are there. There are so many information sources and data banks out there, and there are examples in the environmental area of how to pull all these together. Therefore, I believe the information part of it is feasible.

Your other question goes beyond my area of expertise, and I would defer to others regarding the challenges you have mentioned.

**The Chair:** Sorry, you are it. You are here on the environment.

**Mr. John Smith:** Trying to deal with environmental issues involves many issues and situations that are all kind of linked, and one of the challenges we face is trying not to ignore issues but ensuring that you break problems down into solvable issues, or you can get overwhelmed. That is one thing in the goal you described that needs to be kept in mind. With health issues, like with environment, everything gets linked; one thing links to the other, and one thing is connected and affects the other. One challenge is not losing sight of the linkages and the connections but not letting them overwhelm the goal and ensuring that the assessments that are done and the plans can stay focused on manageable chunks and make progress that way. I am not sure if that answers your question.

**The Chair:** It does. It is an encouraging answer.

Let me lead you into the legislative framework. In environment and population health, we could perceive a legislative framework that would work and is similar in both areas. You have federal legislation, provincial legislation, civic legislation and, in some of the smaller municipalities, appropriate bylaws and so forth.

I know that you are doing this, because I looked at it. You are controlling, for example, how the garbage is handled in tiny municipalities.

How did you go about setting that up from top to bottom?

**Mr. John Smith:** I am not sure, in one sense, that we are controlling how the garbage is handled in municipalities.

**The Chair:** You are right, and I do not want that on the record, so thank you for correcting me.

You have provided the incentive to make sure somebody is doing the job; is that right?

**Mr. John Smith:** Correct me if I am going off on the wrong tangent, but your question probably relates most to the assessments that are done of individual projects under the Canadian Environmental Assessment Act, and when assessments are done there, the role of the federal government or the federal process relates to federal decision making, and so we get involved in quite a variety of projects.

On any one of those projects, environmental effects can be identified and mitigation measures can be identified to deal with those effects. Those mitigation measures can be put in place through whatever federal decision is made on those projects. For

Il n'est pas forcément facile d'obtenir tout ce dont on a besoin rapidement mais je pense que les possibilités existent. Il existe quantité de sources d'information et de banques de données et, dans le domaine de l'environnement, on a réussi à rassembler tout cela. Par conséquent, c'est faisable.

Votre autre question ne relève pas de mon domaine de compétence et je m'en remettrai à d'autres en ce qui concerne les défis que vous avez évoqués.

**Le président :** Excusez-moi, mais vous vous occupez d'environnement.

**M. John Smith :** La question d'environnement met en cause bien des situations, bien des enjeux, tous interreliés. Un de nos défis est d'éviter de faire fi des problèmes qui se posent. Nous devons au contraire nous assurer qu'ils sont fractionnés de façon gérable, sans quoi on est submergé. C'est une chose à ne pas oublier dans l'objectif que vous avez décrit. En matière de santé, comme en matière d'environnement, tout est inter relié. Il faut se garder de perdre de vue cette interrelation mais il ne faut pas qu'elle masque l'objectif. Les études d'impact doivent être faites impérativement et les plans doivent viser des tranches gérables afin que nous puissions progresser. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**Le président :** Oui. C'est une réponse encourageante.

Je vais maintenant aborder le cadre législatif. Tant en matière d'environnement qu'en matière de santé des populations, on peut envisager un cadre législatif similaire applicable dans les deux cas. Il y a les lois fédérales, les lois provinciales, les lois municipales et dans les plus petites agglomérations, les règlements municipaux, et cetera.

Je sais, parce que j'ai vérifié, que vous régissez, par exemple, la façon dont les ordures sont traitées dans les petites municipalités.

Comment avez-vous pu imposer cela à partir d'en haut?

**M. John Smith :** Je ne dirai pas que nous régissons la façon dont les ordures sont traitées dans les municipalités.

**Le président :** Vous avez raison. Je ne voudrais pas que cela figure au compte-rendu, et je vous remercie d'avoir rétabli les choses.

Vous avez prévu un incitatif pour vous assurer que quelqu'un va exécuter le travail, n'est-ce pas?

**M. John Smith :** Reprenez-moi si je digresse mais votre question porte surtout probablement sur les études d'impact faites pour des projets particuliers et prescrites par la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale. En l'occurrence, le processus fédéral est déclenché si des décisions au niveau fédéral s'imposent de sorte que nous nous occupons de toute une gamme de projets.

Dans n'importe quel projet, des conséquences environnementales peuvent être déterminées et des mesures d'atténuation imposées pour les contrer. Ces mesures d'atténuation sont déclenchées lorsque le gouvernement fédéral

example, if the project is being enabled by federal funding, then conditions can be attached to that funding to ensure that the environmental effects are dealt with. Through that process, whether through funding arrangements or lease arrangements, or to some extent, through federal permit approvals, a wide variety of environmental issues can be dealt with.

That process does not go so far as to give the federal government authority to regulate all of the areas with respect to the environment that are the responsibility of municipalities and provinces, but it can enable the federal decision to put in place various mitigation measures.

The assessments typically consider as well what is required on a project because the federal environmental assessment is not the only thing that affects what happens to it. There are a wide variety of provincial, municipal and other federal requirements.

The environmental assessment process is important and can deal with a variety of environmental situations, particularly those that may be unforeseen, but it does not set itself as being the overarching single way of pulling together all environmental legislation. It does not go that far.

**The Chair:** You need the goodwill and buy-in of provinces and so forth; correct?

**Mr. John Smith:** The federal process applies to federal decisions, so we can provide it through our process. The provincial governments have environmental assessment processes as well, so there is a lot of effort to ensure that the two processes work together and we cooperate on the assessment of specific projects.

**The Chair:** That is fundamentally what we are searching for in our structural framework here.

I want to come back to you, Ms. Saint-Pierre, because in health we are blessed with having the Public Health Agency of Canada and similar provincial agencies. We have public health officers in large cities and in the small communities and so forth. We already have a network to the ground.

We will be recommending in our report a major initiative to strengthen and indeed ramp up drastically the population health node in the Canadian Public Health Agency and a similar ramping up at the provincial level and, when we get to the polyclinics in the communities, a similar set of organizations, so that the public health officers can work with the health authorities and the municipal authorities that control the 12 or so determinants of health.

You have extensive experience in Quebec. Do you see what I have just said working in Quebec?

[Translation]

**Ms. Saint-Pierre:** I could add that I am happy that you mentioned this component because it truly is the role of the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. We work primarily with public health stakeholders working in public

prend une décision concernant la réalisation de ces projets. Par exemple, si le projet est financé grâce à des fonds fédéraux, il peut être assorti de conditions pour veiller à ce qu'on remédie aux effets environnementaux, sans quoi le financement serait refusé. Qu'il s'agisse des modalités de financement ou de location ou encore de l'obtention d'un permis fédéral, le processus garantit que toute une gamme de problèmes environnementaux sont couverts.

Le processus ne donne pas au gouvernement fédéral le pouvoir de réglementer toutes les questions environnementales qui relèvent des municipalités et des provinces, mais il permet au gouvernement fédéral de décider d'imposer diverses mesures d'atténuation.

Les études d'impact permettent également de cerner toutes les exigences d'un projet car l'étude d'impact fédérale n'est pas la seule à intervenir. Il y a toute une gamme d'exigences provinciales ou municipales et d'autres contraintes fédérales.

Le processus d'évaluation environnementale est important et il peut être utile dans une gamme de situations, surtout quand il y a des imprévus, mais en soi, il ne prétend pas être l'autorité législative environnementale suprême. Il ne va pas jusque là.

**Le président :** Il faut la bonne volonté et l'adhésion des provinces, n'est-ce pas?

**M. John Smith :** Le processus fédéral s'applique aux décisions fédérales, à tout ce qui touche notre palier. Les gouvernements provinciaux ont aussi des processus d'évaluation environnementale, de sorte que nous nous efforçons de veiller à ce que les deux processus se complètent et nous coopérons dans les études d'impact de divers projets.

**Le président :** C'est essentiellement ce que nous recherchons pour notre cadre structurel.

Madame Saint-Pierre, je m'adresse à vous, parce que nous avons la chance d'avoir une agence de la santé publique du Canada et des agences semblables dans les provinces. Il y a des agents de santé publique dans les grandes villes et dans les petites agglomérations. Nous avons donc déjà un réseau sur le terrain.

Dans notre rapport, nous allons recommander une initiative majeure, à savoir consolider et en fait étayer considérablement le volet santé des populations de l'Agence de la santé publique du Canada et de ses homologues provinciales et quand les polycliniques seront instaurées, qu'une organisation semblable soit créée afin que les agents de santé publique puissent travailler avec les autorités sanitaires et municipales dont relèvent la douzaine environ de déterminants de la santé.

Au Québec, vous avez une vaste expérience. Pensez-vous que ce que je viens de décrire pourrait fonctionner au Québec?

[Français]

**Mme Saint-Pierre :** Je pourrais rajouter, que je suis heureuse que vous apportiez cet élément puisque c'est vraiment le rôle du centre de collaboration national sur les politiques publiques. Nous travaillons principalement avec les acteurs de santé



health at the regional, district and municipal levels. Health impact assessments are successfully carried out at the municipal level as well.

We participated in a meeting, among others, on February 22 last where there were representatives from various departments and from different levels of government, concerning the health impact assessment approach at the local level. We were asking them if they thought it was realistic to promote impact assessment at the local level, that is to say in public health with municipalities; the consensus was in the affirmative, because there are more public health stakeholders at the local level than at the provincial level; people felt that the various sectors, be it housing, transport or education, worked better through intersectoral collaboration.

As you were saying, there are public health resources at these levels. The disparities in health care are often better understood on the ground and municipal decision-makers are the closest to the effects of their decisions because they see them. Therefore, working at that level seems very productive.

The social determinants of health have structural causes, which often flow from provincial or federal decisions. Therefore, working at the local level alone is not enough, but the fact of working in synergy greatly increases the ability to have an influence on public policy or to further culture change.

To answer your question, this is somewhat like what is happening in Quebec. Health impact assessment is set up at the government level. Quebec's public health legislation also provides legislative levers to those responsible for public health in the regions, and recently at the local level as well. This legislation allowed for the introduction of pilot projects between the local level and health authorities — not just public authorities, but health authorities — who now have responsibilities in terms of population health in their area and their municipalities.

And since it proposes a very structured way of doing things, which allows it to act in a more difficult context, between sectors, the health impact assessment approach is seen as a way of bringing together two different worlds: municipalities and public health.

And the collaborating centre exists not only in Quebec. In the consultations that we carried out in several provinces, we saw this interest in public health, a very clear will to work better with the municipalities who are making the decisions that have impacts on population health.

There is a research project underway in Saskatchewan that is attempting to better understand the decisions that municipalities make and the way in which public health could work. Therefore, that truly is another interesting avenue.

publique qui œuvrent au niveau des régions de santé publique, des districts et des municipalités. L'évaluation d'impact sur la santé se pratique très bien aussi au municipal.

Nous avons participé, entre autres, à une rencontre le 22 février dernier où il y avait des répondants des différents ministères et de différents niveaux, concernant cette approche d'évaluation d'impact sur la santé, au niveau local. On leur demandait s'ils pensaient que c'était réaliste de promouvoir l'évaluation d'impact au niveau local, c'est-à-dire la santé publique avec les municipalités; il y a eu un consensus pour dire que oui puisque les acteurs de santé publique sont plus nombreux au niveau local, que dans les provinces au niveau gouvernemental; que les différents secteurs, que ce soit le logement, le transport ou l'éducation, travaillent plus facilement de façon intersectorielle.

Comme vous le dites, il y a des ressources de santé publique à ces niveaux. Les inégalités de santé sont souvent mieux perçues sur le terrain et les décideurs municipaux sont plus proches des effets de leurs décisions puisqu'ils les voient. Donc travailler à ce niveau semble être très porteur.

Les déterminants sociaux de la santé ont des causes structurelles, qui viennent souvent des décisions au provincial ou au fédéral. Donc le travail au niveau local seulement n'est pas suffisant, mais le fait de travailler en synergie augmente de beaucoup la capacité d'influence sur les politiques publiques ou sur le changement de culture.

Pour répondre à votre question, c'est un peu ce qui se passe au Québec. L'évaluation d'impact à la santé est instaurée au niveau gouvernemental. La Loi sur la santé publique au Québec donne aussi des leviers législatifs aux responsables de santé publique dans les régions et au niveau local, dernièrement. Cette loi a permis d'introduire des projets-pilotes entre le milieu local et les autorités de santé — pas seulement les autorités publiques, mais les autorités de santé — qui ont maintenant une responsabilité envers la santé de la population de leur territoire et les municipalités.

Et puisqu'elle propose une façon de faire très structurée, lui permettant d'agir dans un contexte un peu difficile, intersectoriel, l'approche de l'évaluation d'impact à la santé est vue comme une façon de rapprocher les deux univers : les municipalités et la santé publique.

Et le Centre de collaboration ce n'est pas seulement au Québec. Dans les consultations que nous avons effectuées dans plusieurs provinces, nous retrouvons dans cet intérêt de la santé publique, une volonté très manifeste de mieux travailler avec les municipalités qui prennent des décisions, qui ont des impacts sur la santé de la population.

Il y a un projet de recherche en cours qui se déroule à partir de la Saskatchewan afin d'aider à mieux comprendre les décisions que prennent les municipalités et la façon dont la santé publique pourrait travailler. Donc, c'est vraiment une autre avenue intéressante.



[English]

**Senator Cochrane:** Mr. Smith, do you have any positive results on any item to report to us, as a director within the Canadian Environmental Assessment Agency? Have you got anything like that to tell us about — something positive that you have accomplished and or the agency has accomplished that would be helpful?

**Mr. John Smith:** There are examples of positive things that we have accomplished. I am trying to think of something that is focused on these discussions.

Coming back to the cabinet directive on strategic environmental assessment, the responsibilities of implementing that directive is a self-assessment process. Our role is to provide training and guidance, so I would point to some of the activities that we have undertaken in developing training and providing it to departments. Mr. Tim Smith can talk a bit about the details.

Our role is fairly circumscribed, but we have had successes in offering training, and there has been a big interest in departments. Departments are interested in applying the directive appropriately and they come to us for training. We have done a reasonably good job in applying that.

**Senator Cochrane:** Tell us more about the training.

**Mr. Tim Smith:** We have a standard course offering for departments, for policy analysts to gain a better understanding of the cabinet directive and the principles of strategic environmental assessment. We offer that twice a year.

In addition, we develop, working collaboratively with an interdepartmental team, guidance documents — for example, how strategic environmental assessment relates to the concept of sustainable development, or what the intention was behind revisions to the cabinet directive in 2004 that incorporated the requirement for public statements on strategic environmental assessments.

These are the kinds of tools that we have worked with departments to develop to increase a more consistent application of the cabinet directive and address some of that unevenness that the commissioner identified in 2004 in the audit report.

Getting back to your question about successes as they relate to strategic environmental assessment, we play a role in monitoring cabinet business and encouraging departments to apply the cabinet directive fully. We have some insights into how departments are applying the cabinet directive. It is not without its challenges, but we have seen good examples as well.

**Senator Cochrane:** Could you give us some examples?

**Mr. Tim Smith:** One was the second round of funding for infrastructure programs, where early in the policy design process — and this is the element that I would like to focus on a bit — the

[Traduction]

**Le sénateur Cochrane :** Monsieur Smith, en tant que directeur de l'Agence canadienne d'évaluation environnementale, avez-vous des résultats positifs à partager avec nous? Pouvez-vous nous décrire un de vos succès — une de vos réalisations au sein de l'Agence et qui pourrait nous être utile?

**M. John Smith :** Je pourrais citer certaines réalisations et j'essaie de penser à quelque chose qui aurait un rapport avec notre discussion d'aujourd'hui.

La responsabilité d'appliquer la directive du cabinet est un processus d'auto-évaluation. Notre rôle consiste à offrir de la formation et du soutien, si bien que je vais citer certaines activités conçues à l'intention des ministères. M. Tim Smith pourra vous fournir des détails.

Notre rôle est plutôt limité mais nous avons offert de la formation avec bonheur et cela a suscité un vif intérêt au sein des ministères. Les ministères tiennent à appliquer la directive correctement et ils s'adressent à nous pour obtenir des conseils. Nous avons fait de l'assez bon travail à cet égard.

**Le sénateur Cochrane :** Dites-nous-en davantage sur la formation.

**M. Tim Smith :** Nous offrons un cours normalisé aux ministères, à l'intention des analystes des politiques afin qu'ils comprennent mieux le contenu de la directive du cabinet et les principes de l'évaluation environnementale stratégique. Ce cours est offert deux fois par an.

En outre, en collaboration avec une équipe interministérielle, nous avons préparé des documents de soutien. Par exemple, nous expliquons comment l'évaluation environnementale stratégique rejoint la notion de développement durable et nous expliquons l'intention qui a inspiré la révision de la directive du cabinet en 2004 au moment où on a inclus l'exigence d'une déclaration publique des résultats de l'EES.

Voilà le genre d'outils avec lesquels nous travaillons avec les ministères pour stimuler une application plus cohérente de la directive du cabinet et aplanir certaines des difficultés que le commissaire avait cernées dans son rapport de vérification de 2004.

Quant au succès que nous avons obtenu en la matière, nous en trouvons l'illustration dans les travaux du cabinet car nous encourageons les ministères à appliquer la directive du cabinet rigoureusement dans la préparation des documents qui lui sont destinés. Nous savons comment les ministères appliquent la directive du cabinet. Il y a bien entendu des ratés, mais des cas exemplaires également.

**Le sénateur Cochrane :** Pouvez-vous nous donner certains exemples?

**M. Tim Smith :** Je songe par exemple au deuxième volet de financement des programmes d'infrastructure. Très tôt dans le processus de conception de la politique — et c'est l'élément sur

interdepartmental table recognized that maybe this is the point where we should be taking environmental considerations into account. That led to a policy leveraging mechanism.

As you know, the second round of infrastructure funding deals extensively with issues related to waste water treatment, public transit, water treatment — those kinds of green municipal infrastructure investments. I would not want to suggest it was the cabinet directive alone that led to that policy leveraging function, but it contributed to some measure of success in that particular example. Where we have seen success in application of the cabinet directive is where environmental considerations have been addressed early in the policy design process.

Where it has been less successful is where it is applied in a more reactive stance, when policy measures have been designed and you are simply trying to understand whether or not they may have some impact on the environment and addressing those retroactively.

**Senator Cochrane:** Have you done any assessment on the impacts?

**Mr. Tim Smith:** No, and this is the process my colleague alluded to earlier — this evaluation of the cabinet directive that we are just embarking on. Hopefully, that will give us some clear insights into the impact that the strategic environmental assessment has had on policy outcomes.

**Senator Cochrane:** When do you expect to have that?

**Mr. Tim Smith:** We anticipate a report by the end of this fiscal year.

**Senator Cochrane:** Maybe we can get that, chair.

Does Mr. John Smith have anything else to add? I am looking at positive things here.

**Mr. John Smith:** I have nothing to add to what Mr. Tim Smith said.

**Senator Cook:** If I understand the conversation we have just had, the federal role is to provide oversight and to be proactive, but the implementation goes to the provinces. You work collaboratively with the provinces; is that correct?

**Mr. John Smith:** There are two main parts to the federal framework. The one that we have mostly been talking about today, the strategic environmental assessment, is focused on federal decision making and development of policies, plans and programs. It is focused on what the federal government develops and puts in place. Therefore, the assessment of the environmental impact, looking at the impact and at alternatives and, as Mr. Tim Smith pointed out, helping to make adjustments to what those are occur during development of those policies.

I referred to project-level assessments. Again, there are provincial mechanisms in place for doing environmental assessments of projects, and there is a federal mechanism as

lequel j'aimerais insister un peu — l'équipe interministérielle s'est dit que c'était peut-être le moment de tenir compte des considérations environnementales. Cela a mené à un mécanisme stratégique.

Comme vous le savez, le deuxième volet du programme d'infrastructure vise en priorité les secteurs comme le traitement des eaux usées, les transports en commun, l'épuration de l'eau — autrement dit les investissements municipaux écologiques. Je ne voudrais pas aller jusqu'à dire que c'est la directive du cabinet à elle seule qui a ouvert la voie à cette fonction stratégique mais elle a contribué un tant soit peu à ce succès en l'occurrence. Nous mesurons le succès de l'application de la directive du cabinet quand les considérations environnementales sont prises en compte très tôt dans le processus d'élaboration de la politique.

Le succès est moins retentissant quand on y pense après coup, une fois la politique conçue. Autrement dit quand après coup on se demande s'il pourrait y avoir des impacts sur l'environnement et, le cas échéant on essaie de les atténuer rétroactivement.

**Le sénateur Cochrane :** Avez-vous fait une évaluation des impacts?

**M. Tim Smith :** Non. Mon collègue vous a parlé du travail que nous effectuons actuellement, à savoir l'évaluation de la directive du cabinet. Nous espérons que cela nous donnera une idée assez nette de l'incidence que l'évaluation environnementale stratégique aura sur les politiques.

**Le sénateur Cochrane :** Quand comptez-vous le savoir?

**M. Tim Smith :** Notre rapport devrait être prêt d'ici la fin de l'exercice financier.

**Le sénateur Cochrane :** Monsieur le président, il serait bon que nous l'obtenions.

M. John Smith a-t-il quelque chose à ajouter? Je cherche des exemples positifs.

**M. John Smith :** Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit M. Tim Smith.

**Le sénateur Cook :** Si je comprends bien, le gouvernement fédéral a un rôle de surveillance et de promotion mais la mise en œuvre incombe aux provinces. Vous travaillez en collaboration avec les provinces, n'est-ce pas?

**M. John Smith :** Le cadre fédéral comporte deux éléments. Le premier, dont nous avons parlé abondamment aujourd'hui, est l'évaluation environnementale stratégique. Cette évaluation porte essentiellement sur la prise de décisions par le gouvernement fédéral et l'élaboration de politiques, de plans et de programmes. Elle porte sur tout ce qui est conçu par le gouvernement fédéral et concrétisé. Par conséquent, l'évaluation de l'impact environnemental mesure les incidences et les solutions possibles et, comme l'a dit M. Tim Smith, par la suite, vise à participer au rajustement qui s'impose en cours d'élaboration de ces politiques.

Je vous ai parlé des évaluations au niveau du projet. Il y a des mécanismes provinciaux pour l'évaluation environnementale de projets et il y a un mécanisme fédéral également. Le mécanisme

well. The federal mechanism is based on informing federal decisions that enable those projects to proceed; the decisions to provide funds, land, regulatory authorizations or, in the case where the federal is actually the doer or the proponent of the project, the environmental assessment informs the federal decision to provide those lands, funds or regulatory approval.

The intersection of that and the provincial process comes when the federal environment assessment and provincial environmental assessment are being done on the same project. The federal legislation is not implemented through or does not affect the provincial legislation. However, we come together when we are both active on the same project. At that point, there is a level of cooperation so that we try as much as possible to have one process to satisfy both levels of government. The interaction and the cooperation occurs at that level.

We do have agreements with many provinces that set out the general framework for cooperation to say that, on a project-by-project basis, we will cooperate and develop as much as possible joint processes. Where we do not have those agreements, that kind of cooperation can happen anyway, and very often it does. However, the legislation does not cascade. We cooperate at the level of individual assessments.

**Senator Cook:** Is Canada, therefore, still a country founded on projects supported by some cities?

**The Chair:** We have to close the discussion. Senator Cook, as you know, is from Newfoundland. You simply cannot cope with her.

**Senator Cook:** I am trying to understand. You have so much knowledge and I just want some of it. I have not even asked about climate change in relation to the environment. That will be for another day.

**The Chair:** We have to close the open hearing, honourable senators, because of the time constraint.

The committee continued in camera.

fédéral consiste essentiellement à fournir des renseignements pour appuyer les décisions fédérales, sur le plan du financement, du site ou de l'autorisation en vertu de la réglementation. Il sert aussi dans le cas où le fédéral est le promoteur du projet car il fournit les renseignements nécessaires à la décision de consacrer des ressources financière ou foncière à un projet ou de lui accorder l'approbation réglementaire.

Au confluent d'un même projet, les deux processus d'évaluation environnementale, le provincial et le fédéral se rencontrent. La loi fédérale ne s'applique pas et elle n'a aucun effet sur la loi provinciale. Toutefois, les deux paliers se rencontrent quand ils sont tous deux actifs à l'occasion d'un même projet. À ce moment-là, la coopération règne car, dans la mesure du possible, on souhaite qu'un seul processus réponde aux exigences des deux paliers du gouvernement. C'est à ce moment-là qu'il y a interaction et coopération.

Nous avons des accords avec bien des provinces qui prévoient le cadre général de coopération. Ainsi, au cas par cas, nous collaborons et mettons au point, dans la mesure du possible, des processus communs. En l'absence d'accords, la coopération peut exister de toute façon, ce qui arrive très souvent. Toutefois, il n'y a pas superposition de mesures. Nous collaborons au niveau des évaluations individuelles.

**Le sénateur Cook :** Peut-on encore dire que le Canada a pour fondement des projets au niveau municipal?

**Le président :** Il faut mettre un terme à la discussion. Comme vous le savez, le sénateur Cook est de Terre-Neuve. Elle est difficile à suivre.

**Le sénateur Cook :** J'essaie de comprendre. Vous possédez quantité de connaissances que je convoite. Je n'ai même pas posé de questions à propos du changement climatique dans le contexte de l'environnement. Ce sera pour une autre fois.

**Le président :** Nous devons mettre un terme à la partie publique de notre séance, honorables sénateurs, car nous manquons de temps.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.





*University of Regina:*

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

*Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:*

Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch.

**Wednesday, June 11, 2008**

*As an individual:*

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Former Minister of State (Public Health).

*University of Alberta:*

Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology.

*Saskatoon Health Region:*

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services.

**Wednesday, June 18, 2008**

*Canadian Environmental Assessment Agency:*

John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs;

Tim Smith, Senior Policy Advisor.

*Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:*

Louise Saint-Pierre, Project Manager.

*University of Regina:*

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

*Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario:*

Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique.

**Le mercredi 11 juin 2008**

*À titre personnel:*

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ancienne ministre d'État (Santé Publique).

*University of Alberta:*

Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

*Région sanitaire de Saskatoon:*

Dr Cordell Neudorf, administrateur en chef de la santé publique, Services de santé publique.

**Le mercredi 18 juin 2008**

*Agence canadienne d'évaluation environnementale:*

John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaire;

Tim Smith, conseiller principal en matière de politiques.

*Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:*

Louise Saint-Pierre, chef de projet.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

**Wednesday, May 28, 2008**

*United Nations Association in Canada:*

Kathryn White, Executive Director.

*The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada:*

Dr. André Lalonde, Executive-Vice President.

*Canadian Paediatric Society:*

Marie Adèle Davis, Executive Director.

*Canadian Medical Association:*

Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group.

**Thursday, June 5, 2008**

*University of Victoria:*

Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion  
Research (by video conference).

*Laval University:*

Maria De Koninck, Professor, Department of Social and  
Preventative Medicine.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

**Le mercredi 28 mai 2008**

*Association canadienne pour les Nations Unies:*

Kathryn White, directrice générale.

*Société des obstétriciens et gynécologues du Canada:*

Dr André Lalonde, vice-président général.

*La société canadienne de pédiatrie:*

Marie Adèle Davis, directrice générale.

*Association médicale canadienne:*

Dre Kathryn Bigsby, présidente, Groupe de travail sur la santé de  
enfants.

**Le jeudi 5 juin 2008**

*Université de Victoria:*

Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la  
santé communautaire (par vidéoconférence).

*Université Laval:*

Maria De Koninck, professeure titulaire, Département de médecine  
sociale et préventive.

*(Suite à la page précédente)*













